

REKOMENDACJE

do realizowania
i finansowania
gminnych
programów
profilaktyki
i rozwiązywania
problemów
alkoholowych

w 2008 roku



Państwowa
Agencja
Rozwiązywania
Problemów
Alkoholowych

parpamedia
WYDAWNICTWO EDUKACYJNE

Zespół redaktorów i recenzentów:
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA

Projekt okładki:
Ewa Cwalina, Carta Blanca
Projekt graficzny wnętrza, skład i łamanie:
Joanna Goriaczko, Pro-Forma Sp. z o.o.

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
Copyright © Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA

ISBN 978-83-89566-59-1

Wydanie I
Warszawa 2007

Druk i oprawa: OPOLGRAF SA

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

01-458 Warszawa, ul. Szańcowa 25
tel. 022 532 03 25, fax: 022 836 81 66

www.parpa.pl

Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA

Dział Dystrybucji
ul. Szczotkarska 48a
tel./fax: (22) 666 09 79
www.wydawnictwo.parpamedia.pl

I. REKOMENDACJE MERYTORYCZNE

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu

Posługując się wskaźnikami europejskimi oraz wynikami badań społecznych liczbę osób uzależnionych w Polsce można oszacować na ok. 860 tys.¹ (w tym 707 tys. to mężczyźni i 153 tys. to kobiety), zaś osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie na ok. 4 mln.

Podstawy prawne leczenia odwykowego

Na mocy artykułu 21 ust. 1 ustawy leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w placówkach leczenia odwykowego i jest bezpłatne. Koszty związane z leczeniem alkoholowych zespołów abstynencyjnych i psychoterapią w placówkach odwykowych pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia (za pacjentów ubezpieczonych) i Ministerstwo Zdrowia (za pacjentów nieubezpieczonych).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. Nr 3 z 2000 r. poz. 44 ze zm.) zwanego dalej „rozporządzeniem”, określa:

- kwalifikacje personelu zatrudnionego w placówce odwykowej,
- typy zakładów leczenia odwykowego i ich zadania,
- zasady ich współdziałania z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi.

Diagnoza uzależnienia

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, którą można zdiagnozować na podstawie występowania określonych objawów. Zgodnie z obowiązującym w Polsce systemem diagnostycznym, Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów – Edycja X (ICD X), uzależnienie od alkoholu identyfikowane jest jako zespół właściwości fizjologicznych, emocjonalnych, behawioralnych i poznawczych, które pojawiają się w wyniku wieloletniego używania alkoholu (kod F 10.2). Do objawów uzależnienia należą:

- silne pragnienie albo poczucie przymusu spożywania alkoholu („głód alkoholu”);
- upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z pićm alkoholu (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, w kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu, trudności w picciu do wcześniej założonego poziomu i w zakończeniu picia);

¹ Dane to dotyczą tylko i wyłącznie osób pełnoletnich.

- zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (tzw. „mocna głowa”) – ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu, pojawia się stopniowa konieczność zwiększania dawek wypijanego alkoholu; przy zmniejszonej tolerancji ta sama dawka alkoholu powoduje szybszy stan upojenia alkoholowego;
- występowanie objawów abstynencyjnych w sytuacji obniżenia poziomu alkoholu we krwi – drżenie mięśniowe, wzmożona potliwość, niepokój, przyspieszone bicie serca, biegunka, mdłości, rozszerzenie źrenic, drażliwość, bezsenność – i leczenie objawów abstynencyjnych przy użyciu niewielkich dawek alkoholu (tzw. „klinowanie”) lub leków uspokajających i nasennych; w zespole abstynencyjnym mogą pojawić się również powikłania: napady drgawkowe i majaczenie alkoholowe;
- postępujące zaniedbywanie z powodu picia alkoholu alternatywnych źródeł zainteresowań, przyjemności, zwiększona ilość czasu poświęcona na zdobywanie i picie alkoholu oraz na odwracanie następstw picia („koncentracja życia wokół picia”);
- uporczywe kontynuowanie picia alkoholu mimo świadomości szkód.

Uzależnienie można zdiagnozować, kiedy w ciągu ostatniego roku (picia) występują co najmniej trzy z wymienionych wyżej objawów.

Programy terapeutyczne i cele terapii

Podstawową metodą leczenia osoby uzależnionej od alkoholu jest psychoterapia grupowa i indywidualna. Leczenie poprzedzone jest diagnozą nozologiczną i problemową. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i nakierowane jest na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym używaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych). W przypadku osób wymagających leczenia somatycznego kierowane są one do odpowiednich specjalistów. Zalecane jest, aby – poza uczestnictwem w profesjonalnej terapii uzależnienia – pacjenci uzależnieni uczestniczyli również w ruchu samopomocowym, przede wszystkim w mitingach Anonimowych Alkoholików (AA) oraz zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie. Samo uczestnictwo w ruchach samopomocowych nie zastępuje jednak psychoterapii uzależnienia. Zważywszy na niepożądane działania disulfiramu (Anticol, Esperal), jak zaburzenia świadomości, ostre zespoły mózgowo, zespoły depresyjne, psychozy, polineuropatia, zaburzenia potencji oraz zmiany skórne nie powinien on być nigdy ofertą podstawową i powszechną. W formie implantu (Esperal) w ogóle nie powinien być stosowany z powodu dowiedzionej nieskuteczności.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, która przy wdrożeniu odpowiedniego leczenia można zatrzymać.

Celami stawianymi pacjentom w terapii uzależnienia są:

- zachowanie trwałej abstynencji,
- poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego,
- nabycie umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i rozwój osobisty.

Psychoterapia uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od roku do dwóch lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej rocznie. Wskazane jest, aby w zakładach stacjonarnych leczenie rozpoczęły te osoby, które nie potrafią utrzymać abstynencji, mają trudną sytuację zdrowotną i społeczną. Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 12–24 miesiące. Po zakończonej terapii stacjonarnej osoby uzależnione, w celu kontynuowania leczenia, powinny korzystać z dalszej terapii w zakładach ambulatoryjnych oraz z wsparcia grup samopomocowych AA i klubów abstynenta.

Zespół terapeutyczny

Zespół terapeutyczny powinien być interdyscyplinarny i składać się ze specjalistów psychoterapii uzależnień (w tym psychologów), lekarzy oraz instruktorów terapii uzależnień. W zakładach stacjonarnych lub w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w skład zespołu terapeutycznego wchodzi także pielęgniarki, a niekiedy również pracownik socjalny. Odrębne miejsce w zespole zajmuje psycholog, którego zadaniem jest dokonywanie pogłębionej diagnozy psychologicznej, a także prowadzenie psychoterapii problemów emocjonalnych pacjentów.

Ważne jest także zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do stałej superwizji realizowanego programu terapeutycznego. Mogą je prowadzić osoby po odpowiednim przeszkoleniu i doświadczeniu w pracy terapeutycznej z pacjentami uzależnionymi od alkoholu, współuzależnionymi i DDA, potwierdzonym stosownymi zaświadczeniami i certyfikatami.

Należy rozważyć zawarcie porozumienia z osobami uprawnionymi do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego”.

Kształcenie terapeutów

Zgodnie z §18 rozporządzenia osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia zobowiązane są do doskonalenia zawodowego w ramach programu szkoleniowego opracowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) z dnia 7 grudnia 2006 roku (z późniejszymi zmianami).

W obrębie lecznictwa odwykowego zatrudnieni są specjaliści psychoterapii uzależnień (osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez PARPA) i instruktorzy terapii uzależnień (osoby posiadające certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez PARPA) oraz osoby pozostające w procesie szkoleniowym prowadzącym do uzyskania tychże certyfikatów. I tak:

1. Specjalista psychoterapii uzależnień posiada:
 - wykształcenie wyższe (magisterskie) kierunkowe: psychologia, pielęgniarstwo, medycyna, socjologia, pedagogika, teologia, resocjalizacji, filozofia lub nauka o rodzinie,

- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez Dyrektora PARPA;
2. Instruktor terapii uzależnień posiada:
 - wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione w punkcie 1,
 - certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez Dyrektora PARPA;
 3. Osoba w trakcie zdobywania kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień posiada:
 - wykształcenie wyższe (magisterskie) kierunkowe: psychologia, pielęgniarstwo, medycyna, socjologia, pedagogika, teologia, resocjalizacji, filozofii,
 - co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające aktualną akredytację Dyrektora PARPA;
 4. Osoba w trakcie zdobywania certyfikatu instruktora terapii uzależnień posiada:
 - wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione w punkcie 1,
 - co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające aktualną akredytację Dyrektora PARPA.

Program szkoleniowy, którego pełna nazwa brzmi „Program uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego” składa się z następujących etapów:

Etap pierwszy: szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania profesjonalnej pomocy psychologicznej, w wymiarze nie mniejszym niż 220 godzin zajęć dydaktycznych obejmujących naukę podstawowych umiejętności inter- i intrapersonalnych oraz podstawowych umiejętności pomagania osobom uzależnionym i ich bliskim w kontakcie indywidualnym i grupowym.

Etap drugi: szkolenie w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia i współuzależnienia, w wymiarze nie mniejszym niż 350 godzin zajęć dydaktycznych, obejmujących umiejętności dotyczące rozpoznawania uzależnienia i współuzależnienia oraz innych problemów członków rodzin osób uzależnionych, a także podstawy teoretyczne i metody terapii tych osób. Program szkolenia zawiera również wprowadzenie do psychoterapii, psychologii osobowości i psychopatologii.

Etap trzeci: staż kliniczny w akredytowanych placówkach terapii uzależnień w okresie nie krótszym niż 10 dni, w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych. Staż jest sprawdzianem praktycznych umiejętności i możliwości prowadzenia psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia.

Etap czwarty: superwizja kliniczna, pod kierunkiem osoby uprawnionej do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach Programu, w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych.

Powyższe etapy kończą się egzaminem certyfikacyjnym.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nadzoruje przebieg procesu certyfikacji. Poszczególne etapy Programu (prócz egzaminu organizowanego przez PARPA) realizowane są przez podmioty posiadające akredytację dyrektora PARPA. Powołana przy PARPA Rada ds. Akredytacji rozpatruje wnioski: o przyznanie akredytacji szkoleniom, placówkom stażowym oraz o wpis na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej dla celów szkoleniowych zgodnie z wymogami zawartymi w Programie. Rada rekomenduje dyrektorowi PARPA przyznanie akredytacji i dokonanie wpisów na listę.

Dwa razy do roku organizowane są egzaminy certyfikacyjne. W celu przeprowadzenia egzaminu dyrektor PARPA każdorazowo powołuje komisje egzaminacyjne.

Lista wszystkich szkoleń mających aktualną akredytację Dyrektora PARPA jest dostępna na stronie internetowej PARPA: www.parpa.pl

W chwili obecnej akredytację Dyrektora PARPA mają 4 szkolenia I etapu programu szkoleniowego, 4 szkolenia II etapu programu szkoleniowego. Na liście osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej w programie szkoleniowym znajduje się 27 specjalistów. 10 placówek odwykowych ma akredytację do prowadzenia staży klinicznych. Lista podmiotów mających akredytację PARPA nie jest zamknięta. Nowe podmioty szkolące mogą nadal starać się o akredytację. Zatem przy podejmowaniu decyzji o refundacji szkoleń należy kierować się informacją, czy zostało ono akredytowane przez Dyrektora PARPA jako szkolenie spełniające standardy procesu certyfikowania, nie zaś nazwą szkolenia czy nazwą podmiotu realizującego.

Zadania samorządu terytorialnego w zakresie wspierania leczenia odwykowego

Podstawowym zadaniem samorządu terytorialnego jest zwiększenie **dostępności terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia** dla mieszkańców gminy. Dostępność profesjonalnej i efektywnej terapii warunkuje skuteczność jakichkolwiek innych działań podejmowanych na rzecz osób z problemem alkoholowym i członków ich rodzin. Jeśli na terenie gminy działa zakład leczenia odwykowego, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie mu takiego wsparcia, jakie pozwalałoby na realizację efektywnych programów terapeutycznych. Jeżeli zaś na terenie gminy nie ma tego typu placówki, samorząd terytorialny powinien zapewnić dostęp swoim mieszkańcom do usług najbliższej placówki odwykowej i sprawdzić, jakiego typu działania wspierające mogłyby podnieść efektywność usług świadczonych przez ten zakład. Gdy odległość do najbliższej placówki jest tak znaczna, że uniemożliwia mieszkańcom gminy podejmowanie regularnej terapii, należy rozważyć możliwość utworzenia takiego zakładu samodzielnie (gminy powyżej 25 tys. mieszkańców) lub w porozumieniu z innymi gminami.

Podnoszenie kwalifikacji

Zgodnie z § 18 rozporządzenia osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia zobowiązane są do doskonalenia zawodowego (podrozdział Kształcenie terapeutów). **Gmina powinna dofinansowywać szkolenia terapeutów, odbywające się w ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników lecznictwa odwykowego.** Podstawą prawną stosowaną w tym przypadku jest zapis w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia kładzie coraz większy nacisk na posiadanie certyfikatów zarówno specjalisty, jak i instruktora terapii uzależnień. Od stopnia zaawansowania procesu kształcenia NFZ uzależniona jest ilość zakontraktowanych świadczeń oraz wysokość stawek płaconych za poszczególne usługi.

Liczebność kadr

Dostępność lecznictwa jest bezpośrednio zależna od liczby placówek i zatrudnionych w nich terapeutów. Z uwagi na organizację procesu terapii i na stosunkowo dużą liczbę świadczeń, jakie powinien otrzymać każdy pacjent w programie terapii ambulatoryjnej, zespół terapeutyczny musi być odpowiednio liczny. Podstawowym kryterium odniesienia jest tu możliwość realizacji zajęć grupowych i psychoterapii indywidualnej. Należy przyjąć, że jeden terapeuta może równolegle pracować z dwoma grupami terapeutycznymi, liczącymi nie więcej niż dwanaście osób. Szacując liczebność zespołu, można posłużyć się następującymi wyliczeniami: osoby uzależnione stanowią ok. 2% populacji, w przypadku dwudziestopięcioletniej gminy będzie to około 500 osób. Zazwyczaj ok. 20% osób uzależnionych decyduje się na podjęcie terapii, choć współczynnik ten stale rośnie. W opisanym przypadku stanowiłoby to ok. 100 osób. W związku z tym jednoczesne zapewnienie profesjonalnej pomocy takiej grupie oznacza konieczność utworzenia zespołu składającego się średnio z czterech-pięciu terapeutów.

W każdej placówce odwykowej (poza oddziałem leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych) powinien być zatrudniony co najmniej jeden specjalista psychoterapii uzależnień (osoba posiadająca certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień). Sprawuje on nadzór nad pracą osób pozostających w procesie kształcenia do uzyskiwania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień. Instruktorzy terapii uzależnienia nie są pracownikami samodzielnymi i nie prowadzą psychoterapii uzależnienia, wykonują oni określone świadczenia z zakresu psychoterapii pod nadzorem specjalistów psychoterapii uzależnień.

W **placówce stacjonarnej** wskazane jest, aby zespół terapeutów liczył co najmniej 5 osób, w tym minimalnie 3 specjalistów psychoterapii uzależnień i 2 instruktorów terapii uzależnień na każde 40 łóżek. Instruktorów mogą zastąpić specjaliści. Od liczby terapeutów i ich kwalifikacji zależna jest wycena świadczeń.

Zadaniem samorządu terytorialnego jest podjęcie działań na rzecz takiego rozbudowania zespołu, aby mógł on efektywnie realizować program terapeutyczny. Zasadnicze koszty podstawowego programu terapii pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia, jednak środki te w przypadku lecznictwa ambulatoryjnego są najczęściej zbyt małe. Skutkuje to ograniczeniem dostępności lecznictwa ambulatoryjnego,

niezbędnego dla uzyskiwania trwałych efektów terapii. Dlatego też należy rozważyć możliwość podpisania umowy z zakładem lecznictwa odwykowego na zakup świadczeń zdrowotnych bądź na realizację programów zdrowotnych (rozdział Finansowanie zakładów lecznictwa odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego), co powinno umożliwić rozszerzenie składu zespołu terapeutycznego poprzez zatrudnienie dodatkowych terapeutów przez zakład opieki zdrowotnej.

Zadania związane ze wspieraniem modernizacji programu

Kierownicy zakładów odwykowych i przedstawiciele samorządu terytorialnego powinni dążyć do sytuacji, w której placówki lecznictwa odwykowego będą realizowały kompleksowy, spójny, nowoczesny program terapeutyczny. Program ten, wraz z wyodrębnionymi celami dla każdego etapu terapii, określonymi typami zajęć i wskazanymi metodami osiągania celów, powinien być dostępny w formie pisemnej w każdej placówce. Powinien także dostarczyć jasnych informacji, jakiego typu zajęcia i w jakiej ilości są przewidziane dla każdego pacjenta, oraz kto będzie je realizował. Z uwagi na charakter procesu terapeutycznego (konieczność uwzględniania różnic indywidualnych), a także specyfikę choroby (tj. możliwość załamania motywacji i występowanie nawrotów) należy założyć, że ustalenia dotyczące liczby zajęć przypadającej na jednego pacjenta mają jedynie charakter ramowy.

Modernizacja programu

W przypadku zespołu, który składa się z osób rozpoczynających dopiero swoje szkolenia w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych”, niezbędne może się okazać sfinansowanie usług konsultacyjnych certyfikowanego specjalisty psychoterapii uzależnień, mającego doświadczenie w kierowaniu placówką odwykową i wdrażaniu programów terapeutycznych. Aby uzyskać pomoc konsultanta, należy skontaktować się z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w swoim województwie bądź z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wskazane jest również poddawanie pracy zespołu terapeutycznego superwizji (nie będącej superwizją w ramach III etapu Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych).

Dodatkowe programy terapeutyczne

Płatnik publiczny (NFZ) finansuje zazwyczaj tylko podstawowy program psychoterapii (lub tylko część świadczeń w ramach podstawowego programu psychoterapii uzależnienia). W procesie zdrowienia konieczna jest kontynuacja terapii w postaci zajęć z zakresu psychoterapii pogłębionej, w ofercie której znajduje się o trening ról społecznych, trening asertywności, trening radzenia sobie z emocjami itp. Dla pacjentów, którzy przebyli terapię w stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego, konieczne jest umożliwienie kontynuowania psychoterapii pogłębionej w placówce ambulatoryjnej.

Obserwacja praktyki terapeutycznej wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na ofertę terapii dla młodzieży używającej substancji psychoaktywnych.

Programy terapii dla młodzieży nie mogą opierać się na tych samych założeniach, co programy terapii dla osób dorosłych. Młodzież wymaga innego podejścia, uwzględnienia w programie specyfiki wieku rozwojowego, większej intensywności zajęć terapeutycznych, konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, uczestniczenia w grupie rówieśniczej. Integralną część programu powinny stanowić również zajęcia edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/opiekunów.

Prowadzenie zajęć z młodzieżą wymaga dodatkowych kwalifikacji w stosunku do kwalifikacji uzyskiwanych w trakcie procesu certyfikacji pracowników lecznictwa odwykowego.

Gminy powinny wspierać realizację programów dla młodzieży w następujący sposób:

- **finansowanie dodatkowych szkoleń** dla pracowników lecznictwa odwykowego w ww. zakresie;
- **finansowanie zajęć** terapeutycznych i pozaterapeutycznych dla młodzieży i ich rodziców/opiekunów prowadzonych w ramach programu leczniczego – pod warunkiem, że zajęcia te nie są finansowane przez płatnika publicznego NFZ. W dotychczasowej praktyce występowały problemy z uzyskiwaniem kontraktów na terapię młodzieży. NFZ nie finansuje zajęć nie będących świadczeniem zdrowotnym, podczas gdy zajęcia takie są integralną częścią programu młodzieżowego (np. obozy terapeutyczne, zajęcia dla rodziców);
- **finansowanie wyposażenia placówek** na potrzeby prowadzenia programów młodzieżowych – pomieszczenia przeznaczone na zajęcia z młodzieżą powinny być atrakcyjnie urządzone i dostosowane do potrzeb młodzieży.

Prowadzenie terapii uzależnienia i współuzależnienia dla osób z uszkodzonym słuchem

Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu nie mają w Polsce możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej. Głównym powodem jest bariera komunikacyjna – specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Rekomenduje się finansowe wspieranie nauki języka migowego dla specjalistów psychoterapii uzależnień.

Prowadzenie zajęć motywacyjno-korekcyjnych dla mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS)

Znaczna część mieszkańców Domów Pomocy Społecznej spożywa alkohol szkodliwie lub jest od niego uzależniona. Stwarza to poważne problemy dla innych mieszkańców DPS oraz dla personelu tych placówek. Osoby zatrudnione w DPS-ach nie posiadają wiedzy ani umiejętności w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych swoich podopiecznych i prowadzenia krótkich interwencji motywacyjnych do zmiany zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu. Dlatego Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych rekomenduje gminom finanso-

wanie szkoleń pracowników domów pomocy społecznej z zakresu zagadnień związanych z rozpoznawaniem problemów alkoholowych, motywowaniem osób spożywających alkohol szkodliwie do ograniczenia picia, motywowaniem osób uzależnionych do podejmowania leczenia odwykowego, wspierania abstynencji osób, które ukończyły terapię w placówkach leczenia uzależnień i powróciły do swoich placówek.

Diagnoza przemocy domowej

Z badań wynika, że $\frac{2}{3}$ uzależnionych mężczyzn to sprawcy przemocy, a wśród uzależnionych i współuzależnionych kobiet – $\frac{2}{3}$ to ofiary przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia odwykowego prowadzono **wstępną diagnozę zjawiska przemocy domowej** u każdego nowego pacjenta. W niektórych placówkach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia prowadzone są programy terapii dla ofiar przemocy domowej. Gmina powinna wspierać finansowo realizację tych programów, a także wyposażać biblioteczki placówek w pozycje książkowe o tematyce przemocy oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników leczenia odwykowego.

Warunki lokalowe do prowadzenia terapii

Baza lokalowa placówek ambulatoryjnych

Niezbędnym warunkiem efektywnego prowadzenia terapii jest posiadanie lokalu wyposażonego w odpowiednią ilość sal do terapii grupowej i gabinetów do terapii indywidualnej. Podstawą w tym zakresie powinno być posiadanie co najmniej dwóch sal do terapii grupowej i dwóch gabinetów do spotkań indywidualnych oraz pokoju do rejestracji, pokoju dostosowanego do badań lekarskich, a także oddzielnych sanitariatów dla personelu i pacjentów. Pomieszczenia powinny spełniać normy określone ogólnymi przepisami dla zakładów opieki zdrowotnej. Z uwagi na charakter oddziaływań psychoterapeutycznych wewnątrz placówek powinny być estetyczne, uporządkowane i sprzyjać skupieniu.

Baza lokalowa placówki stacjonarnej

Ilość pomieszczeń musi być zgodna z ogólnymi przepisami dla placówek stacjonarnych. Oznacza to m.in. zadbanie o właściwy poziom higieny, zapewnienie zaplecza do realizacji niezbędnych świadczeń medycznych, posiadanie odpowiednio dużych powierzchni mieszkalnych. Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu powinien posiadać sale do terapii grupowej i pomieszczenia do terapii indywidualnej. Samorząd terytorialny powinien przekazać środki na zapewnienie właściwych warunków materialnych do prowadzenia terapii.

Wszystkie zakłady leczenia odwykowego (ambulatoryjne i całodobowe) powinny być przygotowane do przyjęcia pacjentów niepełnosprawnych fizycznie.

Wyposażenie materialne placówki

Do realizacji zadań statutowych zakładu leczenia odwykowego niezbędne jest wyposażenie placówki w sprzęt, taki jak: alkomat, kserokopiarka, telewizor, magnetowid/odtwarzacz DVD, magnetofon, meble, materace, tablice, materiały edukacyjne i inne. Ze względu zarówno na konieczność monitorowania efektów terapii, jak również prawidłowe prowadzenie rozliczeń z NFZ oraz innymi świadczeniodawcami niezbędne jest posiadanie przez placówkę komputera. Właściwa jednostka samorządu terytorialnego może doposażyć placówkę w niezbędny sprzęt.

Inne działania

Wskazane jest też dofinansowanie zajęć terapeutycznych odbywających się w trakcie obozów organizowanych przez kluby abstynenta, treningów i programów pomocy psychologicznej realizowanych w klubach abstynenta i w innych placówkach podległych gminie. Warunkiem finansowania takich zajęć jest posiadanie przez terapeutę, który je prowadzi, udokumentowanych kwalifikacji z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu oraz przedstawienie pisemnego planu zajęć merytorycznych. Wskazane jest zapewnienie szkoleń liderom lokalnego klubu abstynenta. Należy pamiętać, że terapia uzależnienia realizowana jest wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej (art. 21 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), zatem formy zajęć terapeutycznych dofinansowywane przez gminy, a odbywające się poza ZOZ-ami, nakierowane są na motywowanie do leczenia, wspieranie abstynencji, rozwój osobisty oraz treningi umiejętności społecznych.

Tworzenie nowej placówki

W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców, a ponadto dla mieszkańców terenu, na którym czas dojazdu do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, zgodnie z § 7 rozporządzenia, tworzy się placówkę ambulatoryjną terapii uzależnienia. Podjęcie takiej decyzji przez radę gminy (związek gmin) i wpisanie jej jako jednego z zadań realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może oznaczać dofinansowanie remontu lub adaptacji budynku, przystosowanie i wyposażenie pomieszczeń do grupowych i indywidualnych zajęć terapeutycznych oraz – w szczególnych przypadkach – dofinansowanie utworzenia jednego lub kilku etatów terapeutycznych (zwłaszcza, gdy nowa placówka działa w ramach związku gmin i jest finansowana z kilku źródeł), dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację.

Należy zaznaczyć, że w związku z zapisem art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej organem założycielskim może być jednostka samorządu terytorialnego. Nie powinno to jednak stanowić stałego obciążenia finansowego dla samorządu terytorialnego, gdyż główne koszty bieżącego funkcjonowania placówki są pokrywane przez NFZ. Umożliwia to natomiast zarówno

przekazywanie środków w sposób bezpośredni, jak i sprawowanie kontroli nad jakością i zakresem udzielania świadczeń.

Punkty konsultacyjne

W Polsce działa ponad 2 000 punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom uzależnionym i członkom rodzin z problemem alkoholowym. Powinny być one tworzone w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia odwykowego lub dostęp do nich jest utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub brak możliwości dojazdu. Warto podkreślić, że **priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach odwykowych, a dopiero w drugiej kolejności tworzenie punktów konsultacyjnych.** Punkty konsultacyjne pełnią ważną rolę w lokalnym systemie pomocy, jednak ich zadaniem **nie jest prowadzenie psychoterapii osób uzależnionych**, która jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, a te udzielane są wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto sądowe zobowiązanie do podjęcia leczenia może być realizowane tylko w placówkach leczenia odwykowego. **Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie powinny być) alternatywą ani konkurencją dla placówek leczenia odwykowego.**

Obecnie oferta punktów konsultacyjnych stała się bardziej interdyscyplinarna, a ich zadaniem jest zdiagnozowanie problemów całej rodziny i zaplanowanie pomocy dla wszystkich jej członków (dorosłych i dzieci). Jeśli do punktu zgłasza się żona w sprawie pijącego męża, to konsultant powinien podjąć próbę zdiagnozowania innych problemów, które w tej rodzinie mogą występować, np. przemoc, zaniedbywanie dzieci, problem pijących nastolatków, ubóstwo. W związku z tym osoby dyżurujące w punkcie muszą być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych problemów, które występują w rodzinie alkoholowej oraz możliwych do zaproponowania rozwiązań. Wśród niezbędnych umiejętności należy wskazać:

- umiejętność nawiązywania pierwszego, pomocnego kontaktu psychologicznego,
- wiedzę o uzależnieniu, współuzależnieniu, sytuacji dzieci w rodzinie alkoholowej,
- wiedzę o zjawisku przemocy w rodzinie,
- wiedzę o problemie pijących nastolatków.

Ukończenie własnej terapii nie zapewnia wystarczających kwalifikacji do pracy w punkcie konsultacyjnym. Nie jest też wskazane zatrudnianie w punkcie konsultacyjnym członków gminnych komisji, którzy nie posiadają odpowiedniego przygotowania do pracy przy wstępnym kontakcie. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia odwykowego. Jeśli nie jest to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu oraz nadzór supervizyjny nad pracą takiego punktu, sprawowany przez specjalistę psychoterapii uzależnień. W celu oceny działalności punktu, kompetencji osób tam pracujących oraz organizacji szkoleń i staży warto zasięgnąć opinii kierownika wojewódzkiego

ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Lista WOTUWów na stronie www.parpa.pl

Zadania punktów konsultacyjnych:

- motywowanie zarówno do podjęcia leczenia osób uzależnionych, jak i terapii osób współuzależnionych, kierowanie do leczenia specjalistycznego,
- motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych, do zmiany szkodliwego wzorca picia,
- udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia po zakończonym leczeniu w placówce odwykowej),
- rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie stosownego wsparcia i informacji o możliwościach uzyskania pomocy i powstrzymania przemocy,
- inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej,
- posiadanie dobrej orientacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które mogą się włączyć w systemową pomoc dla rodziny.

Punkty konsultacyjne powinny współpracować:

- z placówkami leczenia odwykowego.
- z grupami samopomocowymi,
- z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej.

Punkty konsultacyjne mogą być tworzone przez samorząd terytorialny, stowarzyszenia abstynenckie i inne podmioty pozarządowe. Powinny być dostępne dla klientów w godzinach popołudniowych i wieczornych, a warunki lokalowe zgłaszającym się do niego powinny gwarantować dyskrecję i komfort psychiczny. Jeśli punkt znajduje się w urzędzie gminy czy w ośrodku pomocy społecznej, należy zadbać o oddzielne pokoje, gdzie nikt nie będzie wchodził i przeszkadzał w czasie rozmowy, i gdzie nie będą dzwoniły służbowe telefony. Punkt ma obowiązek prowadzić dokumentację udzielonych porad, a pracowników obowiązuje w tym względzie zachowanie tajemnicy.

Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie

Pomoc dla dorosłych członków rodziny z problemem alkoholowym

Współuzależnienie

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy i jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci.

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być **współuzależnienie**. Współuzależnienie nie jest chorobą – jest zespołem nieprawidłowego przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba współuzależniona nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie ułatwia pijącemu dalsze spożywanie alkoholu. U osób współuzależnionych często rozpoznaje się ostrą reakcję na stres, zaburzenia stresowe pourazowe lub zaburzenia adaptacyjne. Współuzależnienie diagnozuje się wyłącznie u osób dorosłych, które formalnie mogą wybrać inną drogę poradzenia sobie z problemem picia partnera. Dzieci nie mają żadnego wyboru. Są skazane na życie w takich warunkach, jakie stwarzają dla nich dorośli.

Osoby współuzależnione wymagają pomocy i mogą uzyskać poprawę stanu zdrowia psychosomatycznego, jeśli skorzystają z pomocy oferowanej im w placówkach terapii uzależnień, gdzie mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy terapeutycznej i medycznej. Celem psychoterapii współuzależnienia jest przekierowanie uwagi i aktywności życiowej osób współuzależnionych z picia partnera na zaspokajanie własnych potrzeb życiowych i potrzeb dzieci. Niezależnie bowiem od tego, czy pijący podejmie leczenie odwykowe, czy nie, czy zatrzyma picie, czy będzie pił dalej – osoby współuzależnione mogą poprawić jakość swojego życia i życia swoich dzieci. Trudno jest im to jednak zrobić bez przyjęcia fachowej pomocy z zewnątrz. W placówkach leczenia odwykowego opracowane są odrębne programy psychoterapii, a pacjenci współuzależnieni traktowani są jako druga, równie ważna jak osoby uzależnione, grupa pacjentów. Dla gminy może to oznaczać konieczność dofinansowania usług z tego zakresu, względnie pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników leczenia odwykowego w zakresie psychoterapii współuzależnienia.

Poza profesjonalną terapią współuzależnienia pomocne dla osób mających pijących bliskich mogą być spotkania Wspólnoty Al-Anon, której celem jest wspieranie się osób współuzależnionych w trudnościach wynikających z życia z osobą pijącą i w zmianie swojego funkcjonowania na bardziej satysfakcjonujące.

Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA)

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym są pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudnia-

ją osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu. Powstały na tym tle zespół zaburzeń przystosowania nazywamy syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika (DDA). Do zespołu cech DDA należą: problemy z samooceną, zaburzone poczucie własnej wartości, przeżywanie stanu przewlekłego napięcia emocjonalnego (stałe pogotowie emocjonalne), często silnego lęku przed odrzuceniem, trudności w przeżywaniu przyjemności i nadwrażliwość na cierpienie, poczucie bycia nieszczęśliwym, nieumiejętność odprężenia się, odpoczynku, trudności w rozpoznawaniu uczuć, nierzadko „zamrożenie emocjonalne”, posiadanie sztywnych, zagrażających schematów myślenia o innych, o sobie, o świecie, wyparcie własnych potrzeb, gotowość do spełniania oczekiwań innych, trudności wchodzenia w bliskie związki z ludźmi, lęk przed nowymi sytuacjami w życiu.

Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów zespołu DDA. Większość radzi sobie dobrze ze sobą i swoim problemami, a jeśli przeżywa trudności – skutecznie rozwiązuje je bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech DDA może jednak przeszkadzać w codziennym życiu i wówczas wymaga psychoterapii. Oferta terapeutyczna dla Dorosłych Dzieci Alkoholików jest bardzo ważnym elementem systemu pomocy dla rodzin z problemem alkoholowym. Terapię DDA oferują niektóre placówki leczenia uzależnienia od alkoholu. Jest ona prowadzona przez specjalistów psychoterapii uzależnień lub psychoterapeutów, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne przeszkolenie w prowadzeniu psychoterapii DDA.

Dla gminy wsparcie programów terapii DDA może oznaczać konieczność sfinansowania szkoleń w zakresie umiejętności prowadzenia psychoterapii DDA oraz sfinansowanie realizacji programu terapeutycznego dla tej grupy pacjentów.

Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym

Wychowywanie się w rodzinie, w której jeden lub oboje rodziców jest uzależnionych od alkoholu, skutkuje dramatycznymi konsekwencjami dla rozwoju psychicznego i fizycznego dzieci. Dzieci osób z problemem alkoholowym żyją w stanie chronicznego napięcia i stresu, co związane jest z niezaspokojeniem ich podstawowych potrzeb przez rodziców. Doświadczają one wielu traumatycznych sytuacji związanych z awanturami i chaosem, jaki panuje w domu, a także nie wypełnianiem ról rodzicielskich przez uzależnionych bądź współuzależnionych rodziców. W związku z brakiem oparcia ze strony dorosłych dzieci żyją w poczuciu braku bezpieczeństwa emocjonalnego i fizycznego. Powoduje to określone zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Dzieci rodziców z problemem alkoholowym są słabsze fizycznie i częściej chorują, często są ofiarami przemocy ze strony najbliższych członków rodziny lub otoczenia. Zaburzenia życia rodzinnego wynikające z uzależnienia sprawiają, iż dzieci nie mogą liczyć na wsparcie i pomoc bliskich, dlatego też bardzo ważne jest zorganizowanie pomocy na zewnątrz rodziny.

Według danych szacunkowych w Polsce żyje około 1,5–2,0 mln dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym, z tego 500 tys. znajduje się w dramatycznej sytuacji zagrażającej ich zdrowiu i życiu. **W związku z tym udzie-**

lanie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym powinno być jednym z priorytetowych zadań, które podejmują samorządy lokalne w ramach realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zadanie to powinno być realizowane poprzez stworzenie lokalnego systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym, tak by podejmowane działania nie były przypadkowe. W planowaniu pomocy należy dążyć do zintegrowania działań różnych instytucji. Dotyczy to przede wszystkim szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, poradni uzależnień, sądów rodzinnych, policji, punktów interwencji kryzysowej, świetlic socjoterapeutycznych, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Często zdarza się, że pracownicy tych instytucji podejmują niezależnie od siebie próby interwencji wobec rodziny bądź działają na rzecz tylko jednej osoby z rodziny, nie uwzględniając **zaplanowania i realizacji wspólnych działań. Podjęcie skoordynowanych działań wobec całej rodziny z problemem alkoholowym w sposób zdecydowany zwiększa efektywność pomocy.** Dobrym rozwiązaniem jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, których zadaniem jest opracowywanie i koordynowanie realizacji planów pomocy dziecku i rodzinie.

Pomoc dzieciom z rodzin alkoholowych powinna spełniać następujące założenia:

Dziecko żyje w systemie rodzinnym i udzielana mu pomoc powinna być zintegrowana z pomocą rodzinie.

Pomoc dziecku powinna być zaplanowana, opierać się na diagnozie jego potrzeb i problemów.

Pomoc dziecku powinna być kompleksowa, co oznacza, że będzie obejmować wiele aspektów życia dziecka oraz będzie długoterminowa, czyli trwać do momentu rozwiązania jego problemów.

Celem pomocy powinno być rozwiązanie problemów dziecka, a nie doraźne zaspokajanie jego potrzeb (np. materialnych).

Pomoc dziecku powinna być zindywidualizowana.

Osoby udzielające pomocy powinny mieć odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz kompetencje osobiste.

Planowanie pomocy powinno przebiegać w zespole i jeśli to możliwe – poddawane superwizji lub konsultacji.

Udzielanie pomocy powinno spełniać standardy adekwatne do rodzaju świadczonych usług (np. warunki lokalowe, liczba dzieci w grupie itp.).

Do zadań gminy w zakresie udzielania pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym należy w szczególności:

- Tworzenie i finansowanie bieżącej działalności świetlic opiekuńczo-wychowawczych, socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholo-

wym. Rekomendowane jest także finansowanie dożywiania dzieci uczęszczających do świetlic socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych.

- Finansowanie prowadzenia zajęć i programów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Programy te powinny opierać się na pisemnych konspektach do poszczególnych zajęć zaplanowanych do realizacji.
- Dofinansowanie obozów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Obozy te powinny być integralnym elementem całorocznej pracy z dziećmi.
- Finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W przypadku wychowawców w świetlicach dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, pracujących w wymiarze 24 godzin tygodniowo, zasadnym jest zatrudnienie na podstawie umowy o pracę.
- Organizowanie i finansowanie superwizji dla pracowników placówek udzielających pomocy psychologicznej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
- Dofinansowywanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym oraz w zakresie prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych organizowanych dla pedagogów, psychologów, nauczycieli, którzy są zatrudnieni w tego typu placówkach lub deklarują gotowość podjęcia tego typu pracy.
- Organizowanie lokalnych porad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym.
- Wspieranie i koordynowanie pracy interdyscyplinarnych zespołów ds. pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym.
- Wspieranie grup samopomocowych dla dzieci alkoholików typu Alateen.
- Tworzenie systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z FAS – Płodowym Zespołem Alkoholowym – oraz dla ich rodziców i opiekunów. Niezbędne jest dostarczanie wiedzy na temat FAS psychologom, pedagogom, terapeutom oraz wszystkim, którzy zajmują się pomocą dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.

Nawet troje dzieci na każde 1 000 urodzeń może być dotkniętych płodowym zespołem alkoholowym, a dziesięć razy więcej dzieci ma różne inne zaburzenia rozwojowe wynikające z ekspozycji płodu na działanie alkoholu.

FAS – Płodowy Zespół Alkoholowy (ang. Fetal Alcohol Syndrom) należy do grupy fizycznych i umysłowych schorzeń wrodzonych. Gdy matka pije alkohol podczas ciąży, dziecko może urodzić się z uszkodzeniami mózgu, układu nerwowego i innych organów wewnętrznych. Rodzaj i głębokość uszkodzeń dzieci zależy od ilości wypijanego alkoholu przez kobietę oraz trymestru. Badania pokazują, iż nie ma bezpiecznej dawki alkoholu, jaką może spożywać kobieta w ciąży bez konsekwencji dla dziecka, które ma się urodzić. Im więcej alkoholu się wypija, tym większe szkody czyni on w organizmie dziecka.

Dzieci, których mamy piły alkohol w trakcie ciąży, mają często zmieniony wygląd zewnętrzny – są mniejsze, mają mniejszą głowę i charakterystyczne rysy twarzy (wąska górna warga, spłaszczona rynienka podnosowa, mała żuchwa). Charakteryzują się także nieprawidłową budową kończyn, zdeformowanymi kośćmi i stawami oraz innymi nieprawidłowymi cechami.

Najpoważniejszymi konsekwencjami dla dzieci są zmiany, jakie alkohol powoduje w poszczególnych częściach mózgu oraz układu nerwowego. W związku z tym dzieci z FAS są mniej sprawne społecznie i intelektualnie, a ich zachowanie jest zaburzone. Mimo iż zazwyczaj sprawiają wrażenie zdrowych, mają kłopoty z uczeniem się, pamięcią i koncentracją uwagi. Często są nadpobudliwe, nie rozumieją złożonych poleceń, mają kłopoty z pamięcią i procesami myślowymi, zaburzoną mowę i pamięć. Dzieci z FAS cierpią z powodu zaburzonych zmysłów słuchu, wzroku i czucia.

Dzieci dotknięte FAS wymagają kompleksowej pomocy specjalistycznej, w przeciwnym razie wraz z wiekiem ich problemy emocjonalne, szkolne, w funkcjonowaniu społecznym stają się coraz bardziej dotkliwe dla nich samych i ich otoczenia. Niezbędne jest także dostosowanie środowiska, w którym przebywają dzieci, do ich potrzeb, a przede wszystkim odpowiednie podejście wychowawcze i terapeutyczne ze strony rodziców, opiekunów i profesjonalistów. Dzieci poddane odpowiedniej terapii, opiece i edukacji znacznie lepiej funkcjonują w życiu społecznym.

Więcej informacji na stronach www.parpa.pl; www.ciazabezalkoholu.pl; www.fas.edu.pl; www.fundacja.dajszanse.free.ngo.pl

- Prowadzenie działań związanych z ewaluacją (wewnętrzną i zewnętrzną) programów pomocy dla dzieci alkoholików oraz programów badawczych dotyczących psychospołecznego funkcjonowania dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
- Organizowanie i/lub finansowanie zajęć dla rodziców dzieci uczęszczających na zajęcia, mających na celu podniesienie kompetencji wychowawczych.

Udzielanie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym może odbywać się w różnych placówkach i mieć różną formę (przy zachowaniu założeń zawartych w modelu pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych). To pozwoli na wszechstronne zaspokajanie różnych potrzeb związanych z danym środowiskiem. Ocena, które formy oddziaływań są bardziej wartościowe od innych, może nastąpić w kontekście lokalnych zasobów i potrzeb.

Najczęściej uruchamiane miejsca pomocy dziecku to:

- świetlice socjoterapeutyczne,
- zajęcia socjoterapeutyczne,
- świetlice opiekuńczo-wychowawcze.

Jeżeli na danym terenie nie ma możliwości stworzenia świetlicy socjoterapeutycznej spełniającej formalne wymogi dotyczące samodzielnego lokalu oraz wymaga-

nej ilości godzin pracy, program socjoterapii może być realizowany w formie zajęć socjoterapeutycznych poza placówką. Powinno się jednak zachować standardy co do zadań i celów prowadzenia tego typu zajęć. Jeżeli zaś program realizowany jest w placówce, która nie spełnia merytorycznych założeń programu socjoterapii, świetlicy tej nie należy nazywać socjoterapeutyczną. Świetlica opiekuńczo-wychowawcza również stanowi element systemu pomocy i odgrywa bardzo ważną rolę w procesie pomagania dzieciom, zwłaszcza z rodzin dysfunkcyjnych.

Mimo bardzo dynamicznego rozwoju ilościowego świetlic socjoterapeutycznych w ostatnich latach, analiza sprawozdań wskazuje na niepokojące zjawisko.

W 2006 roku działało 2 290 świetlic socjoterapeutycznych, w których pomocą objętych było ok. 78,4 tys. dzieci, lecz tylko 50 tys. to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Oznacza to, iż z szacowanej grupy 1,5 mln dzieci alkoholików w Polsce **tylko 3,4% otrzymuje profesjonalną pomoc psychologiczną**. Przy nieznacznym zwiększeniu liczby placówek (o 20 więcej niż w 2005 r.) w świetlicach zatrudniono o blisko 600 wychowawców mniej. **Zmniejszyły się też nakłady finansowe na te placówki** o ok. 2,5 mln w skali kraju, co niekorzystnie wpływa na jakość pracy. Uzupełnieniem systemu pomocy jest co prawda sieć świetlic opiekuńczo-wychowawczych. Jest to ponad 5 190 placówek, do których uczęszcza ponad 208 tys. dzieci, w tym tylko 79 tys. dzieci alkoholików. Dzieci te korzystają z dożywiania, uzyskują pomoc w nauce, uczestniczą w zajęciach rozwojowych, korzystają z ofert spędzania czasu wolnego. Nie uzyskują jednak wystarczającego wsparcia psychologicznego. Oznacza to, iż przy znaczących środkach finansowych, jakie co roku przeznaczają samorządy lokalne na działania skierowane do dzieci i młodzieży, pomoc do dzieci alkoholików dociera tylko w nieznacznym zakresie. Dodatkowo należy zaznaczyć, iż jakość tej pomocy jest zbyt niska. Przeprowadzone badania ewaluacyjne działalności świetlic wykazały, iż placówki te w znacznej mierze nie spełniają zakładanych standardów pomocy. Oznacza to, iż przy znaczących środkach finansowych, jakie co roku przeznaczają samorządy lokalne na działania skierowane do dzieci i młodzieży w świetlicach (w 2006 r. było to łącznie ponad 95 mln zł), pomoc do dzieci alkoholików dociera tylko w nieznacznym zakresie. **Znaczące deficyty zaobserwowano zwłaszcza w takich obszarach jak:**

- przeprowadzanie indywidualnych diagnoz wychowanków będących podstawą do tworzenia indywidualnych planów pracy;
- podejmowanie pracy z rodzicami wychowanków (diagnoza sytuacji rodzinnej, wspieranie rodziny w rozwiązywaniu problemów);
- stosowanie specjalistycznych form pomagania dzieciom (np. bajka terapeutyczna, techniki relaksacyjne, psychodrama i inne służące odreagowaniu emocjonalnemu).

Ważnym wyzwaniem stają się więc zintensyfikowanie działań związanych z udzielaniem wsparcia i pomocy psychologicznej tej grupie odbiorców, zwłaszcza w takich obszarach jak:

- Podnoszenie kwalifikacji osób zajmujących się pomocą w świetlicach.
- Zapewnienie nadzoru, superwizji i doradztwa merytorycznego wychowawcom świetlic.
- Poprawa warunków lokalowych świetlic – często brak stałego wydzielonego lokalu dostosowanego do działalności placówek.
- Zmniejszenie liczby dzieci przypadająca na jedną osobę prowadzącą zajęcia.
- Dostosowanie nazewnictwa w stosunku do rzeczywistej oferty programowej świetlic (używanie nazwy „świetlica socjoterapeutyczna” w odniesieniu do placówki realizującej jedynie program opiekuńczo-wychowawczy).
- Zapewnienie stabilności finansowo-organizacyjnej placówkom, zwłaszcza w obszarze zatrudnienia kadry. Częstym problemem jest zatrudnianie pracowników świetlic w formie krótkotrwałych umów, np. umowy zlecenia (w wielu przypadkach jest to dodatkowa forma pracy w małym wymiarze godzin bez formalnych struktur) utrudnia organizowanie systemowej pomocy dzieciom i ich rodzinom oraz zmniejsza motywację wychowawców świetlic do pracy.

Zadania świetlicy socjoterapeutycznej:

- Sporządzanie diagnozy indywidualnej dziecka i jego sytuacji rodzinnej i szkolnej.
- Prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych zgodnie z programem przygotowanym dla całej grupy i diagnozą indywidualną dzieci.
- Praca ze stałymi grupami dzieci.
- Praca z dziećmi w kontakcie indywidualnym.
- Przygotowanie i realizacja indywidualnych programów rozwojowo-terapeutycznych dla dzieci. W planach tych warto uwzględnić włączanie dziecka w działania różnorodnych kół zainteresowań, grup rozwojowych, w pozalekcyjne i pozaszkolne zajęcia – zgodnie z predyspozycjami i zainteresowaniami dziecka.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem zgodnej z charakterem placówki (dokumentacja diagnozy, planów i realizacji indywidualnych i grupowych zajęć z dziećmi wraz z osiągnięciami).
- Utrzymywanie kontaktów z rodziną dziecka w celu:
 - diagnozy sytuacji rodzinnej,
 - rozwiązywania problemów rodziny (np. motywowanie osoby uzależnionej lub współuzależnionej do podjęcia terapii),
 - współpracy dotyczącej postępów dziecka w procesie socjoterapii.

- Współpraca z instytucjami (gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.), które mogą pomóc rodzinie w rozwiązaniu jej problemów, a zwłaszcza w zakresie podejmowania interwencji wobec osób uzależnionych i współuzależnionych. Niezwykle istotny jest wymóg współpracy z wychowawcami klas, pedagogami szkolnymi i nauczycielami uczącymi dzieci, zwłaszcza tych przedmiotów, które sprawiają dzieciom trudności. Aby zwiększyć efektywność pomocy, konieczna jest wymiana informacji na temat sytuacji szkolnej dziecka, ewentualnych wagarów itp).
- Korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.
- Zajęcia (spotkania) grupowe dla rodziców, warsztaty w zakresie doskonalenia umiejętności wychowawczych.

Zadania osób prowadzących zajęcia socjoterapeutyczne:

- Diagnoza indywidualna dziecka i jego sytuacji rodzinnej i szkolnej.
- Prowadzenie zajęć zgodnie z programem dla całej grupy i diagnozą indywidualną dzieci.
- Utrzymywanie stałych kontaktów z rodziną dziecka (wizyty domowe).
- Przygotowanie i realizacja indywidualnych programów rozwojowo-terapeutycznych dla dzieci.
- Prowadzenie dokumentacji.
- Współpraca z instytucjami (gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.).
- Regularne korzystanie z konsultacji lub superwizji dotyczących prowadzonych zajęć.

Uwagi i wskazówki:

- Grupę socjoterapeutyczną powinny prowadzić przynajmniej dwie osoby obecne na zajęciach, a liczba dzieci nie powinna przekraczać 12 osób.
- Grupy dzieci powinny być organizowane w określonych przedziałach wiekowych: 7–10, 11–12, 13–15 lat.
- Programy zajęć grupowych (cele, formy zajęć, metody) powinny być dostosowane do potrzeb rozwojowych dzieci oraz ograniczeń wynikających z ich sytuacji rodzinnej.

Ze względu na specyfikę pomocy i trudność zadań, praca osób w świetlicach socjoterapeutycznych powinna być objęta superwizją lub konsultacją. Superwizje i konsultacje mogą prowadzić osoby o odpowiednim przygotowaniu i doświadczeniu w pracy z dziećmi (np. superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub

konsultanci Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). Dobrym rozwiązaniem w sytuacji, kiedy brakuje specjalistów, jest organizowanie wspólnych spotkań pracowników z kilku sąsiednich placówek. Celem spotkań jest omawianie sposobów rozwiązywania problemów dzieci i ich rodzin. Należy pamiętać, że ruch samopomocowy nie może zastąpić profesjonalnej superwizji. Świetlice socjoterapeutyczne powinny być organizowane poza terenem szkoły ze względu na potrzebę uniknięcia etykietowania i stygmatyzacji dzieci z tzw. rodzin patologicznych. Cele postawione w programie mogą być realizowane przy zastosowaniu różnych form i metod pracy z dziećmi, np. zajęcia plastyczne, muzyczne, teatralne, sportowe, gry i zabawy rozwojowe, konkursy, wycieczki, obozy itp. Osoba prowadząca zajęcia powinna stosować te formy pracy, w których czuje się najbardziej kompetentna.

Zadania świetlicy opiekuńczo-wychowawczej:

- Stała, systematyczna współpraca z rodziną dziecka.
- Rozpoznanie sytuacji dziecka w kontekście jego sytuacji rodzinnej.
- Organizacja czasu wolnego, prowadzenie zajęć tematycznych.
- Prowadzenie pracy z grupą poprzedzone jej planowaniem w zespole pracowników.
- Indywidualne spotkania z dziećmi organizowane poza pracą z grupą.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem i z grupą.
- Współpraca z innymi instytucjami (gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.).
- Dożywanie dzieci.
- Pomoc dziecku w radzeniu sobie z życiowymi problemami, kryzysami (rodzinnymi, związanymi z relacjami z rówieśnikami, szkolnymi itp.).
- Korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.

W związku z koniecznością zapewnienia odpowiednich standardów sprawowania opieki celowe wydaje się, by świetlice świadczące pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 lutego 2005 roku w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych (Dz. U. Nr 37 poz. 351). Akt prawny określa zasady działania wszystkich placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym także placówek wsparcia dziennego, do których zalicza się między innymi świetlice środowiskowe, socjoterapeutyczne i inne. W akcie prawnym przedstawione są także: standardy usług oferowanych przez placówki, kwalifikacje osób zatrudnionych, zasady korzystania ze wsparcia wolontariuszy, rodzaj prowadzonej dokumentacji i inne.

Rodzaje i zadania placówek wsparcia dziennego

W rozporządzeniu wprowadza się podział na dwa rodzaje placówek wsparcia dziennego: placówki wsparcia dziennego i specjalistyczne placówki wsparcia dziennego.

Placówki wsparcia dziennego zapewniają dzieciom:

- pomoc w nauce,
- organizację czasu wolnego, rozwój zainteresowań, organizację zabaw i zajęć sportowych,
- stałą pracę z rodziną dziecka.

Specjalistyczne placówki wsparcia dziennego, oprócz powyższych zadań, mają również prowadzić przynajmniej jedną z następujących form pracy:

- zajęcia socjoterapeutyczne, realizowane w stałych grupach dzieci, prowadzone przez co najmniej wychowawcę i terapeutę lub
- oddziaływania terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne i logopedyczne.

Specjalistyczne placówki prowadzą także:

- indywidualne programy korekcyjne, realizowane podczas zajęć grupowych lub w kontakcie indywidualnym,
- udzielają pomocy w sytuacjach kryzysowych szkolnych, rodzinnych, rówieśniczych i osobistych na podstawie diagnozy indywidualnej dziecka i jego rodziny.

Praca terapeuty w specjalistycznej placówce jest poddawana superwizji lub konsultacji (§ 32 ust. 1, 2 i 3 ww. rozporządzenia).

Czas pracy placówki wsparcia dziennego to minimum cztery godziny dziennie od poniedziałku do piątku. Godziny powinny być dostosowane do potrzeb dzieci i rodziców (§ 33. ust. 1 ww. rozporządzenia). W przypadku małej ilości dzieci wymagających opieki ilość dni i godzin można wyjątkowo dostosować do potrzeb (§ 33 ust. 2 ww. rozporządzenia).

Liczba dzieci pozostających w placówce pod opieką jednego wychowawcy musi być dostosowana do potrzeb dzieci i rodzaju zajęć (§ 22 ust. 1 ww. rozporządzenia).

Podczas zajęć poza terenem placówki pod opieką jednego wychowawcy może pozostawać nie więcej niż 14 dzieci będących w wieku powyżej trzech lat (§ 22 ust. 4 ww. rozporządzenia).

Hostel

Placówka wsparcia dziennego może organizować hostel (§ 32 ust. 4 ww. rozporządzenia).

Jest on częścią organizacyjną placówki dysponującą bazą noclegową i zapewniającą opiekę wychowawczą. Hostel jest czynny przez całą dobę, wykorzystywany w sytuacjach kryzysowych, kiedy dziecko ze względów rodzinnych musi czasowo zamieszkać poza swoją rodziną za zgodą rodziców lub opiekunów prawnych (§ 2 pkt 4 ww. rozporządzenia).

Dożywianie i wyposażenie

Placówka wsparcia dziennego zapewnia dzieciom:

- dożywianie w postaci minimum jednego posiłku dostosowanego do pory dnia i czasu przebywania dziecka oraz
- wyposażenie w przedmioty potrzebne do zajęć i – w miarę możliwości – w odzież, obuwie, bieliznę oraz inne przedmioty osobistego użytku stosowne do wieku i indywidualnych potrzeb (§ 32 ust. 5 ww. rozporządzenia).

Osoby zatrudnione

Rozporządzenie określa kompetencje osób zatrudnionych do prowadzenia placówki. Placówką kieruje kierownik, który jest jednocześnie wychowawcą (§ 33 ust. 3 i 5 ww. rozporządzenia). Osoby zatrudnione na etatach wychowawcy powinny być absolwentami studiów wyższych o kierunkach: pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, resocjalizacja, praca socjalna, pedagogika opiekuńczo-wychowawcza. Studia na innym kierunku winny być uzupełnione studiami podyplomowymi z zakresu psychologii, pedagogiki bądź resocjalizacji. Na etacie psychologa można zatrudnić tylko absolwentów studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia, a terapeuta powinien posiadać udokumentowane przygotowanie do prowadzenia terapii o profilu potrzebnym w pracy placówki. Rozporządzenie określa również kompetencje osób pracujących na innych stanowiskach (§ 31 ust. ww. rozporządzenia).

Wolontariusze

Działalność placówki opiekuńczo-wychowawczej może być wspierana przez wolontariuszy szczególnie w zakresie rozszerzenia opieki nad dzieckiem oraz organizowania kół zainteresowań i indywidualnych zdolności dzieci. Warto podkreślić, że wolontariuszem może zostać osoba: pełnoletnia, niekarana, ubezpieczona przez kierownika od odpowiedzialności cywilnej, a także poinformowana o specyfice pracy w placówce. Pomoc wolontariusza odbywa się na podstawie porozumienia zawartego przez dyrektora z wolontariuszem. Szczegółowe zasady korzystania ze wsparcia wolontariuszy określa (§ 21 ww. rozporządzenia).

Stały zespół

W placówce działa zespół do spraw okresowej oceny sytuacji dziecka zwany „stałym zespołem”. W jego skład wchodzi: osoba kierująca placówką bądź osoba przez niego wyznaczona, wychowawca kierujący procesem wychowawczym, psycholog, pedagog bądź inne osoby pracujące w placówce. Na posiedzenie zespołu zaprasza się także osoby: przedstawiciele służb i organizacji, a także osoby bliskie dziecku w celu uzyskania wiedzy o sytuacji socjalnej, prawnej, rodzinnej dziecka. Stały zespół dokonuje oceny sytuacji dziecka nie rzadziej niż raz na pół roku w celu m.in.: ustalania aktualnej sytuacji rodzinnej, analizy metod pracy, modyfikowania indywidualnego planu pracy (§ 9 ust 1–7 ww. rozporządzenia).

Regulamin i dokumentacja

Organizację placówki określa regulamin opracowany w porozumieniu z odpowiednią jednostką samorządu terytorialnego (§ 33 ust. 4 ww. rozporządzenia). W skład dokumentacji wchodzi:

- karta pobytu, która zawiera uzupełnianą co miesiąc informację o znaczących dla dziecka wydarzeniach, w tym postępach w nauce szkolnej, stanie zdrowia oraz ocenę aktualnej sytuacji dziecka;
- karta udziału w zajęciach specjalistycznych z opisem ich przebiegu;
- arkusze badań i obserwacji psychologicznych oraz pedagogicznych.

Dokumentację określają (§ 23 ust.1 pkt 3 i 4 i ust. 3 pkt 2 ww. rozporządzenia).

Współpraca z innymi podmiotami

W wykonywaniu swoich zadań placówka wsparcia dziennego współpracuje z organami samorządowymi odpowiednimi do zasięgu placówki:

- placówka o zasięgu gminnym z lokalnym ośrodkiem pomocy społecznej,
- placówka o zasięgu ponadgminnym z właściwym centrum pomocy,
- z innymi podmiotami: pracodawcy, media, organizacje pozarządowe i środowiska naukowe (§ 34 ww. rozporządzenia).

Samorząd

Dzieci w placówce wsparcia dziennego mogą tworzyć samorząd. Szczegółowe zasady jego działania określa § 12 ww. rozporządzenia.

Przyjmowanie dzieci do placówki wsparcia dziennego

Dzieci przyjmowane są do placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego bez skierowania. Mówi o tym § 33 ust. 6 ww. rozporządzenia.

Rejestr placówek (na podstawie ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r.)

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. do zadań wojewody należy prowadzenie rejestru placówek opiekuńczo-wychowawczych (art. 21 pkt 6). W związku z tym placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego powinny zgłaszać fakt prowadzenia swojej działalności do wojewody.

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493) wprowadziła do polskiego systemu prawa definicję, wg której przemoc domowa to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób najbliższych, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą (art. 2 ust. 2).

Zgodnie z ustawą zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie mają być realizowane w oparciu o zapisy ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 6 ust.1). Jednocześnie omawiana ustawa do zadań własnych gminy wprowadziła:

- tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- prowadzenie poradnictwa i interwencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- opracowywanie i realizację programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie,
- prowadzenie gminnych ośrodków wsparcia.

Coraz więcej gmin podejmuje działania zmierzające do ograniczenia zagrożeń życia rodzinnego wywołanych alkoholem tworząc i finansując już istniejące specjalistyczne placówki dla ofiar przemocy, realizując programy terapeutyczne dla ofiar oraz programy interwencyjno-korekcyjne dla sprawców, ale mimo to należy stwierdzić, że problematyka przemocy domowej w hierarchii podejmowanych przez gminy działań nadal zajmuje zbyt niskie miejsce. W 2006 roku na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie samorządy gminne przeznaczyły niespełna 5,7% środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż alkoholu.

Tymczasem z danych Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”² wynika, że w 2006 roku prawie 60% zgłaszanych telefonicznie na 0801-12-00-02 przypadków przemocy domowej związanych było z nadużywaniem przez sprawcę alkoholu. Niemal w co piątej polskiej rodzinie dochodzi do konfliktów z powodu nadużywania alkoholu (CBOS 2002), a blisko 80% żon i partnerek alkoholików doznaje przemocy ze strony męża lub partnera (IPZ PTP).

² Placówka działająca na zlecenie PARPA prowadzona przez organizację pozarządową wybieraną w drodze konkursu. Więcej na stronie www.niebieskalinia.info

Przeciwdziałanie przemocy domowej w środowiskach lokalnych

Pomoc dla ofiar przemocy w rodzinie

Głównym zadaniem gmin w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie powinno być zagwarantowanie wszystkim osobom krzywdzonym profesjonalnej i kompleksowej pomocy.

W 2006 roku w gminach funkcjonowało prawie 2 770 placówek dla ofiar przemocy domowej (ankieta PARPA-G1). Tworzenie nowych miejsc pomocy rodzinom, w których dochodzi do przemocy, powinno być poprzedzone diagnozą lokalną, która pozwoli stwierdzić, jakie placówki są potrzebne mieszkańcom danej gminy. Małym gminom zaleca się zawieranie międzygminnych porozumień, które pozwalają na bardziej efektywne wykorzystanie oferty placówki oraz na bardziej ekonomiczne gospodarowanie środkami finansowymi.

Rekomenduje się tworzenie i finansowanie miejsc, gdzie osoby krzywdzone przez swoich bliskich znajdą pomoc i wsparcie, np.:

- gminne ośrodki wsparcia,
- punkty konsultacyjne dla ofiar przemocy,
- ośrodki interwencji kryzysowej,
- schroniska i hotele,
- telefony informacyjne, interwencyjne i telefony zaufania,
- grupy wsparcia i grupy terapeutyczne dla ofiar przemocy.

Wspieranie działań służących pomocy rodzinom, w których jest przemoc, może również obejmować zatrudnienie pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie

Należy pamiętać, iż w rodzinach w których dochodzi do przemocy, bardzo często wychowują się dzieci, dla których uzyskanie pomocy jest nieodzownym warunkiem dla ich rozwoju i zdrowia emocjonalnego. W związku z tym także dla dzieci krzywdzonych i zaniedbywanych należy stworzyć specjalistyczne miejsca pomocy.

Należy zwrócić uwagę na to, aby zagwarantować stabilność już istniejących i posiadających profesjonalną ofertę placówek. Z danych PARPA-G1 wynika, że w 2006 roku powstało prawie 570 nowych miejsc pomocy dla ofiar przemocy, przy czym ogólna liczba tych placówek jedynie minimalnie wzrosła. Tylko 640 gmin deklaruje finansowanie już istniejących placówek, w których ofiary przemocy mogą uzyskać pomoc.

Programy dla sprawców przemocy w rodzinie

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie obowiązek opracowywania i realizacji programów korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy domowej na-

kłada na powiaty, jednak samorządy lokalne coraz częściej podejmują decyzje o realizacji takich programów na terenie swojej gminy. Uruchamiając tego typu przedsięwzięcie należy zwrócić szczególną uwagę na kompetencje osób realizujących powyższe programy (osoby te powinny przejść specjalistyczne szkolenia przygotowujące do pracy ze sprawcami przemocy) oraz sposób rekrutacji uczestników programu. Praktyka pokazuje, że sprawcy przemocy w rodzinie bardzo rzadko decydują się na dobrowolny udział w programach.

Wspomniana wyżej ustawa wprowadza regulacje prawne, umożliwiające m.in. orzekanie wobec sprawcy przemocy zakazu zbliżania się do jego ofiar, zobowiązanie go do uczestnictwa w programach edukacyjno-korekcyjnych oraz do opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym.

Należy pamiętać, że miejscem, gdzie stosunkowo łatwo dotrzeć do sprawców przemocy domowej, są również placówki leczenia odwykowego. Rekomenduje się włączenie do realizowanych w nich programów odwykowych zagadnień o charakterze edukacyjno-korekcyjnym służących zatrzymaniu przemocy w rodzinie. W tym celu może okazać się konieczne przeszkolenie pracowników leczenia odwykowego w kierunku diagnozowania występowania przemocy w rodzinie – dotyczy to zarówno zdiagnozowania osób doznających przemocy, jak i sprawców.

Lokalny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie weszły na stałe do katalogu działań podejmowanych przez środowiska lokalne w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Gminy deklarują, że w 2006 roku uruchomiono 351 punktów interwencyjno-konsultacyjnych, 151 telefonów zaufania, 29 schronisk dla ofiar przemocy i 52 ośrodki interwencji kryzysowej. Jednak tylko w nieco ponad 682 gminach funkcjonuje gminny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Tymczasem współpraca służb w ramach lokalnego systemu daje możliwość kompleksowej pomocy, uwzględniającej różne aspekty i potrzeby rodzin, w których jest przemoc. Umożliwia to m.in. praca w zespołach interdyscyplinarnych, która sprzyja łączeniu różnych kompetencji poszczególnych służb oraz ułatwia przekazywanie rzetelnych informacji ofiarom przemocy. Praktyka pokazuje, że funkcjonowanie zespołów ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie zależy od lokalnych możliwości. W niektórych gminach są one powoływane przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych (co nie oznacza, że pomoc uzyskują wyłącznie ofiary przemocy związanej z alkoholowej), w innych działają w strukturach ośrodków pomocy społecznej, a jeszcze w innych ich działalność koordynują organizacje pozarządowe. Najważniejsze – aby skupiały one osoby, które mogą podjąć interwencję, doprowadzić do powstrzymania przemocy i wpłynąć na poprawę sytuacji w danej rodzinie. Funkcjonowanie zespołów mogą ułatwić lokalne porozumienia o współpracy zawarte pomiędzy władzami, organizacjami i instytucjami, które dać będą możliwość pracy w ramach systemu pomocy rodzinom doświadczającym przemocy.

W środowiskach lokalnych należy dodatkowo zadbać o:

- współpracę z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie – kuratorami, prokuratorami, sędziami;
- programy dla rodziców; warsztaty umiejętności rodzicielskich przygotowujące rodziców do wychowywania dzieci bez przemocy;
- wdrażanie procedur chroniących dzieci – ofiary i świadków przemocy – przed wtórną wiktyimizacją (wtórnym zranieniem) przez służby prowadzące dochodzenia, przesłuchujące dzieci itp.;
- wdrażanie procedur interwencji pracowników lecznictwa odwykowego w przypadkach przemocy domowej („Niebieskie Karty”);
- badania lokalne i ekspertyzy na temat zjawiska przemocy domowej;
- prowadzenie działalności edukacyjnej służącej zmniejszeniu skali zjawiska przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym. Ta zmiana może dokonać się tylko wtedy, kiedy świadkowie przemocy (członkowie rodziny, przyjaciele, sąsiedzi) będą podejmowali interwencje i byli gotowi wspierać ofiary podczas ewentualnych rozpraw sądowych.

Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w systemie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Fundamentalną rolę w pomocy rodzinom z problemem alkoholowym mają do spełnienia gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Są one organem podejmującym czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu – wobec osoby uzależnionej od alkoholu – obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, co oznacza, że kontaktują się z osobami nadużywającymi alkoholu i uzależnionymi, będącymi często sprawcami przemocy oraz z członkami ich rodzin (ofiarami przemocy).

Gminne komisje powinny być zespołami specjalistów, osób odpowiednio przeszkolonych, reprezentujących różne zawody i specjalności niezbędne, aby skutecznie zajmować się szeroko rozumianą profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, w tym także interwencją i pomocą rodzinom, w których dochodzi do przemocy.

W 2006 roku wzrosła liczba ofiar przemocy domowej, z którymi kontaktowali się członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (23 400 tys. do 37 946 tys. osób). Jednak tylko 296 komisji posiadało w swojej strukturze zespoły ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, a 146 – zespoły ds. pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych.

Statystyki pokazują, że w około 60–70% rodzin, w których jest problem alkoholowy, występuje przemoc. Rekomenduje się więc, aby każda gminna komisja w przypadku rozmowy z osobą nadużywającą alkoholu podjęła odpowiednie działania służące ustaleniu, czy osoba ta stosuje przemoc wobec najbliższych, oraz jeśli ma podejrzenie, że klient może być sprawcą przemocy domowej – zawiadomiła o tym fakcie odpowiednie służby, instytucje i organizacje, a także zainicjowała pomoc dla ofiar. Na problem przemocy należy również zwrócić uwagę podczas rozmowy

z członkami rodziny osoby nadużywającej alkoholu. W związku z powyższym zaleca się kontynuowanie wdrażania „Niebieskich Kart” – procedury interwencji gminnych komisji w sprawach przemocy domowej. Procedura i dokumentacja pozwala m.in. na rozpoznanie zaburzeń życia rodzinnego wywołanych nadużywaniem alkoholu i stosowaniem przemocy, ułożenie planu pomocy członkom rodziny (dorosłym i dzieciom) i podjęciu działań interwencyjnych (*wzór dokumentacji „Niebieska Karta” dla gminnych komisji stanowi załącznik*).

„Niebieskie Karty” w policji i pomocy społecznej

Według Komendy Głównej Policji liczba interwencji policji w sprawach przemocy w rodzinie (procedura Niebieskie Karty) w ciągu ostatnich dwóch lat utrzymuje się na stałym poziomie (ok. 96 tys. interwencji rocznie), a podobne zjawisko obserwuje się w pomocy społecznej – pracownicy socjalni wypełniają rocznie około 18,5 tys. „Niebieskich Kart”. Mimo to nadal skala problemów związanych z przemocą domową jest poważna. Widoczna jest tendencja wzrostowa dotycząca liczby ofiar przemocy (prawie 158 tys. w 2006 r.) oraz sprawców będących pod wpływem alkoholu (blisko 74,8 tys.) (KGP).

Prawne uregulowanie funkcjonowania procedury Niebieskie Karty w policji i systemie pomocy społecznej (zarządzenie Komendanta Głównego Policji i ustawa o pomocy społecznej) wpłynęło na większą aktywność przedstawicieli ww. służb w działaniach na rzecz ochrony przed przemocą. Jednak nadal są jeszcze osoby, które nie posiadają profesjonalnego przygotowania w zakresie pomocy rodzinom, w których jest przemoc.

Potwierdzają to przeprowadzone pod koniec 2005 roku na zlecenie PARPA przez ośrodek badawczy Ipsos: 55% pracowników socjalnych, 24% dzielnicowych i 19% policjantów z patroli interwencyjnych nie zna formularza „Niebieska Karta”. Ponadto w ostatnim roku przed badaniem jedynie 35% pracowników socjalnych, 66% dzielnicowych i 63% policjantów z patroli interwencyjnych zawsze w przypadku przemocy w rodzinie stosowało procedurę „Niebieskie Karty”, z kolei 62% pracowników socjalnych, 34% dzielnicowych i 43% policjantów z patroli interwencyjnych deklarowało, że nie uczestniczyło w żadnych szkoleniach dotyczących przemocy w rodzinie.

W związku z powyższym rekomenduje się wzmocnienie działań służących zwiększeniu kompetencji przedstawicieli policji i pracowników socjalnych w obszarze ochrony rodzin przed przemocą. Konieczne jest organizowanie szkoleń, porad, konferencji, przygotowywanie odpowiednich materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. zasobów lokalnych (instytucjonalnych i osobowych). W ramach działalności edukacyjnej warto zadbać, aby w lokalnej i regionalnej prasie pojawiały się regularnie informacje nt. „Niebieskich Kart”, tak aby jak największej osób dowiedziało się o ich istnieniu oraz aby motywowało to służby do posługiwania się procedurą. Poważnym deficytem zgłaszanym przez policjantów i pracowników socjalnych jest brak współpracy służb i wymiany informacji pomiędzy nimi. Konieczne jest więc odpowiednie przygotowanie w tym zakresie kadry instytucji i organizacji działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Podnoszenie kompetencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Osoby zajmujące się zjawiskiem przemocy w rodzinie powinny posiadać gruntowne podstawy merytoryczne przygotowujące je do pracy w tym zakresie. Nie wystarczy ukończenie studiów wyższych, np. z zakresu pedagogiki, pracy socjalnej czy prawa, aby skutecznie pomagać psychologicznie osobom krzywdzonym czy też pracować ze sprawcami przemocy w rodzinie. Konieczne jest ukończenie specjalistycznych szkoleń dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, specyfiki i zasad kontaktu z ofiarą lub sprawcą przemocy, analizy własnych postaw i emocji wobec przemocy domowej.

W związku z powyższym zaleca się, aby gminy inwestowały w przeszkolenie kadry pracującej w placówkach udzielających pomocy rodzinom, w których jest przemoc.

Szkolenia takie powinny mieć charakter interdyscyplinarny – w ten sposób dają możliwość poznania specyfiki pracy i kompetencji innych służb oraz nawiązywania osobistych relacji będących nieodzownym elementem współpracy.

W 2004 roku Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych uruchomiła system certyfikowania osób zajmujących się problematyką przemocy w rodzinie. Każdy, kto pracuje z rodzinami, w których jest przemoc, może ubiegać się o tytuł specjalisty lub konsultanta po spełnieniu kryteriów określonych w Programie potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie (dla osób ubiegających się Certyfikat specjalisty są to m.in.: ukończenie min. 200 godzin szkoleń dotyczących problematyki przemocy w rodzinie, posiadanie 5-letniego doświadczenia w pracy w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie). Więcej informacji dotyczących systemu certyfikowania na stronie www.parpa.pl

Obecnie Certyfikat specjalisty i konsultanta w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie posiadają 124 osoby.

ZGŁOSZENIE

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

data

.....
(miejscowość/gmina)

ROZMOWA Z OSOBĄ ZGŁASZAJĄCĄ PROBLEM PRZEMOCY W RODZINIE

I. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ PROBLEM

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce stałego zamieszkania:
Kod pocztowy Miejscowość
Województwo Ulica
Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu

II. PROBLEM Z JAKIM ZGŁASZA SIĘ ROZMÓWCA (nadużywanie alkoholu, przemoc w rodzinie)

.....
.....
.....
.....

III. DANE OSÓB, KTÓRYCH DOTYCZY PROBLEM

Sprawca

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce stałego zamieszkania:
Kod pocztowy Miejscowość
Województwo Ulica
Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu

Ofiara

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce stałego zamieszkania:
Kod pocztowy Miejscowość
Województwo Ulica
Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu

Dzieci

1. Imię i nazwisko: Wiek
2. Imię i nazwisko: Wiek
3. Imię i nazwisko: Wiek
4. Imię i nazwisko: Wiek

IV. INFORMACJA O SYTUACJI DZIECI

.....
.....
.....
.....

.....
Podpis członka gminnej komisji

.....
Podpis osoby zgłaszającej problem

KARTA A

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

data

.....
(miejscowość/gmina)

ROZMOWA Z OFIARĄ PRZEMOCY

I. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO KOMISJI

1. Imię i nazwisko:
2. Imiona rodziców:
3. Miejsce stałego zameldowania:
Kod pocztowy Miejscowość
Województwo Ulica
Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu
4. Aktualny adres pobytu:
Kod pocztowy Miejscowość
Województwo Ulica
Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu

II. PROBLEM Z JAKIM ZGŁASZA SIĘ ROZMÓWCA

.....
.....
.....
.....

III. DANE SPRAWCY PROBLEMU

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce stałego zamieszkania:
Kod pocztowy Miejscowość
Województwo Ulica
Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu
3. Stopień pokrewieństwa ze zgłaszającą/ym

IV. Czy sprawca problemu pije alkohol? TAK NIE

V. Od jak dawna i jak często? Kiedy ostatnio?

VI. Z kim pije alkohol?

VII. Gdzie?

VIII. Skąd bierze pieniądze na alkohol?

IX. Czy leczył się w placówce odwykowej, kiedy ostatnio i czego dotyczyło leczenie (alkohol, narkotyki, leki)?

X. Czy bierze inne środki odurzające i jakie?

XI. Czy sprawca problemu zachowywał się w następujący sposób:

Rodzaj zachowania	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	Wobec kogo*	TAK	NIE	Wobec kogo*
Bił						
Groził niebezpiecznymi przedmiotami						
Niszczył rzeczy osobiste						
Demolował mieszkanie						
Wyzywał i straszył						
Szantażował						
Zmuszał do picia alkoholu						
Wynosił sprzęty domowe i sprzedawał je						
Nie dawał pieniędzy na utrzymanie						
Zmuszał do uprawiania seksu						

* np. wobec matki, żony, syna

XII. Od jak dawna te zachowania mają miejsce?

XIII. Czy są jacyś świadkowie tych zachowań? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać dane

XIV. Czy w związku z takimi zachowaniami podejmowane były działania:

- powiadamanie i interwencje policji
- powiadamanie prokuratury
- uruchomienie sprawy sądowej
- przyznanie rodzinie kuratora
- zobowiązanie do leczenia
- prośba o pomoc w innej instytucji (jakiej?)
- inne, jakie?

Z jakim skutkiem?

Kto inicjował podjęcie tych działań?

XV. DANE DOTYCZĄCE RODZINY

Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie ze sprawcą problemu alkoholowego

	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Czym się zajmuje*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

* zawód, miejsce pracy, w przypadku dzieci rodzaj szkoły

XVI. Do jakich szkół/przedszkoli uczęszczają dzieci?

.....
.....

XVII. Jak dzieci funkcjonują w domu?

XVIII. Jak dzieci funkcjonują w szkole/przedszkolu?

XIX. Źródła utrzymania rodziny:

Rodzaj świadczenia	Świadczeniobiorca
stałe zatrudnienie	
renta/emerytura	
zasitek dla bezrobotnych	
zasitek z pomocy społecznej	
prace dorywcze	
brak zatrudnienia	
inne, jakie	

XX. Jakie są Pani/Pana oczekiwania? Co chciałaby/chciałby Pani/Pan zyskać?

.....

XXI. PROPOZYCJE POMOCY

- podjęcie natychmiastowej interwencji w celu zapewnienia bezpieczeństwa ofierze przemocy
 - a) hostel
 - b) policja
 - c) ośrodek interwencji kryzysowej
 - d) inne (np. lekarz)
- podjęcie działań zmierzających do udzielenia pomocy dzieciom
- skierowanie sprawy do zespołu ds. przemocy w rodzinie
- skierowanie sprawy do zespołu ds. pomocy dzieciom
- wezwanie sprawcy problemu na rozmowę interwencyjną w dniu w celu przeprowadzenia z nim rozmowy interwencyjno-motywującej
- powiadomienie innych służb, w celu zainicjowania współpracy mającej na celu rozwiązanie problemu przemocy

.....
Podpis członka gminnej komisji

.....
Podpis klienta/klientki

KARTA B

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

data

.....
(miejscowość/gmina)

ROZMOWA Z WEZWANYM SPRAWCĄ PROBLEMU

I. DANE KLIENTA

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Stan cywilny:
4. Miejsce stałego zameldowania:
Kod pocztowy Miejscowość
- Województwo Ulica
- Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu
5. Aktualny adres pobytu:
Kod pocztowy Miejscowość
- Województwo Ulica
- Nr domu Nr mieszkania Nr telefonu
6. Miejsce pracy/źródło utrzymania

II. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie

	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Czym się zajmuje*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

* zawód, miejsce pracy, w przypadku dzieci rodzaj szkoły

III. Czy ma Pan/Pani zobowiązania alimentacyjne TAK NIE

Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych otrzymała sygnały, że nadużywa Pan/Pani alkoholu i w związku z tym proszę odpowiedzieć na kilka pytań:

IV. Czy pije Pan alkohol TAK NIE

V. Jak często pije Pan alkohol?

VI. W jakich ilościach?

VII. Od jak dawna pije Pan alkohol?

VIII. Z kim Pan pije alkohol?

IX. Gdzie Pan najczęściej spożywa alkohol?

X. Skąd bierze Pan pieniądze na alkohol?

XI. Czy zdarza się, że po spożyciu alkoholu zachowuje się Pan w następujący sposób:

Rodzaj zachowania	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	Wobec kogo*	TAK	NIE	Wobec kogo*
Uderza						
Szarpie i popycha						
Grozi niebezpiecznymi przedmiotami						
Niszczy przedmioty osobiste						
Niszczy sprzęty domowe						
Wyzywa i straszy						
Jest agresywny						
Używa przekleństw						
Nie daje pieniędzy na utrzymanie						
Wynosi sprzęty domowe i sprzedaje je						

* np. wobec matki, żony, syna

XII. Czy w związku z tymi zachowaniami miały miejsce:

- powiadamanie i interwencje policji
- powiadamanie prokuratury
- uruchomienie sprawy sądowej
- przyznanie rodzinie kuratora
- zobowiązanie do leczenia
- prośba o pomoc w innej instytucji (jakiej?)
- inne, jakie?

XIII. Czy miał Pan inne problemy w związku z alkoholem?

- konflikty z prawem
- wykroczenia w ruchu drogowym
- kłopoty w pracy
- pobyty w izbie wytrzeźwień
- inne, jakie?

XIV. Jak Pan ocenia swoją sytuację, czy widzi Pan w niej coś niepokojącego?

.....

XV. Proponowane działania wobec sprawcy problemu:

- dobrowolna wizyta w poradni odwykowej i ułożenie planu leczenia
- złożenie dokumentów do sądu w celu uruchomienia procedury zobowiązania do leczenia
- podjęcie działań służących powstrzymaniu przemocy

XVI. Spotkanie w poradni odbędzie się w dniu

Konsultantem jest Pan/Pani

.....
 Podpis członka gminnej komisji

.....
 Podpis osoby wezwanej

UWAGI OSÓB PRZEPROWADZAJĄCYCH WYWIADY

(wypełnić po rozmowie)

I. Opis stanu psychofizycznego osoby pokrzywdzonej:

Zachowanie	TAK	NIE
Trudność w nawiązaniu kontaktu		
Spokojna/y		
Placz		
Zastraszona/y		
Unika odpowiedzi na pytania		
Agresywna/y		
Wycofana/y		
Wyraża gotowość współpracy		

Widoczne uszkodzenia ciała	TAK	NIE
Zasinienia		
Zadrapania		
Krwawienia		
Oparzenia		
Inne		

Uwagi:

II. Opis stanu psychofizycznego sprawcy problemu

Zachowanie	TAK	NIE
Trudność w nawiązaniu kontaktu		
Unika odpowiedzi na pytania		
Spokojna/y		
Wycofana/y		
Zastraszona/y		
Agresywna/y		
Wulgarna/y		
Widoczne obrażenia ciała, jakie?		
Wyraża gotowość współpracy		

- sprawca problemu może nadużywać alkoholu
- może być uzależniony
- może być sprawcą przemocy wobec partnera
- może być sprawcą przemocy wobec dzieci
- może być sprawcą przemocy wobec innych członków rodziny

Uwagi:

.....
Podpis członka gminnej komisji

KARTA C

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

data

.....
(miejscowość/gmina)

ANALIZA SYTUACJI I PLAN DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNO-NAPRAWCZYCH

I. Czy w związku z tymi zachowaniami miały miejsce:

- skierowanie na badania w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia i uruchomienie instytucji zobowiązania do leczenia
- skierowanie do sądu wniosku o zobowiązanie do leczenia odwykowego (bez opinii biegłego)
- skierowanie na terapię dla osób uzależnionych
- wezwanie sprawcy na rozmowę ostrzegawczą informującą o prawnych konsekwencjach stosowania przemocy
- wnioskowanie do dzielnicowego o objęcie rodziny wizytami kontrolnymi
- skierowanie do udziału w programie terapeutycznym dla sprawców przemocy
- powiadomienie sądu rodzinnego o zaniedbywaniu/przemocy wobec dzieci (wioskowanie o przyznanie kuratora)
- powiadomienie prokuratora o popełnionym przestępstwie z art. 207 k.k.
- zobowiązanie do zgłaszania się do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (jak często?)

Inne zalecenia, wskazówki, uwagi:

.....

.....

II. Działania wobec ofiar przemocy

a) Działania wobec dorosłych

- zaproszenie na rozmowę z członkami gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych
- skierowanie na konsultacje psychologiczne
- konsultacje medyczne
- konsultacje prawne
- grupa radzenia sobie z przemocą
- grupa dla współuzależnionych
- kontakt z pomocą społeczną
- skierowanie do schroniska dla ofiar przemocy

b) Działania wobec dzieci

- kontakt z pedagogiem szkolnym
- skierowanie dziecka do świetlicy środowiskowej bądź socjoterapeutycznej
- powiadomienie wydziału rodzinnego o sytuacji dziecka
- skierowanie na konsultacje psychologiczne
- konsultacje medyczne

Inne zalecenia, wskazówki, uwagi:

.....

.....

MONITOROWANIE SYTUACJI RODZINY

data

Informacje dotyczące sprawcy problemu

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Informacje dotyczące dorosłych członków rodziny

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Informacje dotyczące dzieci

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis członka gminnej komisji

Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych

Założenia zintegrowanego systemu profilaktyki gminnej

Wyniki różnorodnych badań empirycznych, a także obserwacje zachowań młodych ludzi, jak również rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na potrzebę zintegrowanego podejścia do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Młodzi ludzie mają bowiem tendencję do podejmowania różnorodnych zachowań ryzykownych dla zdrowia (używanie różnych substancji psychoaktywnych – alkoholu, tytoniu, narkotyków, podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych itd.). Wszystkie te zachowania wiążą się z ryzykiem powstania szkód zdrowotnych i są określane jako zachowania problemowe wieku dorastania. W związku z tym w profilaktyce tych zachowań **rekomendowane jest tworzenie programów edukacyjnych dotyczących różnych rodzajów współwystępujących ze sobą środków uzależniających (alkohol, tytoń, narkotyki)** oraz łączenie różnorodnych działań podejmowanych wobec tej populacji. Warto jednak podkreślić, że alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży, a piwo najczęściej spożywanym napojem alkoholowym.

Szkody związane z używaniem substancji psychoaktywnych można zaklasyfikować do co najmniej czterech dużych grup³:

- szkody zdrowotne i społeczne powodowane przez długotrwałe używanie substancji psychoaktywnych (w tym uzależnienie i inne poważne szkody somatyczne, psychiczne i społeczne);
- zachowania podejmowane przez w związku z używaniem substancji psychoaktywnych, które stanowią potencjalne ryzyko dla zdrowia lub bezpieczeństwa (np.: prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu);

³ Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych* – s. 67.

- zagrożenia dla rozwoju osobistego (np.: nieprawidłowy sposób zaspokajania potrzeb rozwojowych, kłopoty ze zdobyciem wykształcenia, konflikty z prawem itp.);
- różnorodne szkody doznawane przez dzieci osób uzależnionych.

Jakkolwiek uzależnienie wydaje się być jedną z najpoważniejszych konsekwencji, to jednak młodzi ludzie doznają znacznie szerszych tzw. bieżących strat związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, np. najczęstszą przyczyną zgonów młodych ludzi jest śmierć spowodowana prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu. Wypływa z tego konkretne wskazanie dla twórców i realizatorów programów profilaktycznych, iż treści w nich zawarte nie powinny się koncentrować na wiedzy o mechanizmach uzależnień. Znacznie ważniejszy jest obszar szkód bieżących i zagrożeń dla osobistego rozwoju młodych ludzi.

Przy planowaniu programów profilaktycznych należy zwrócić uwagę, aby nie koncentrowały się one wyłącznie na osłabieniu czynników ryzyka (takich jak np.: przebywanie w środowisku używającym substancji psychoaktywnych, wcześniejsze doświadczenia z używaniem substancji, pozytywne oczekiwania co do bezpośrednich skutków działania danej substancji; przyzwolenie ze strony osób znaczących na używanie substancji psychoaktywnych itp.), lecz również na wspieraniu głównych czynników chroniących (zwłaszcza kształtowaniu silnej więzi rodzinnej, rozwijaniu zainteresowania nauką szkolną, wzmacnianiu gotowości do respektowania norm i wartości, a także wspieraniu praktyk religijnych).

Tworzenie gminnego programu profilaktyki problemowej dla dzieci i młodzieży wymaga świadomego, celowego i długoterminowego planowania przedsięwzięć. Należy dążyć do tworzenia zintegrowanego systemu profilaktyki gminnej. Szczególnie cenne są środowiskowe programy profilaktyczne czynnie angażujące wiele grup danej społeczności (młodzież, rodziców, wychowawców, sprzedawców napojów alkoholowych, samorząd) w działania na rzecz ograniczania popytu na środki psychoaktywne. Lokalna działalność profilaktyczna nie powinna opierać się na jednorazowych, krótkotrwałych akcjach (konkursy, festyny itp.). Mogą one stanowić jedynie uzupełnienie systematycznie realizowanych programów adresowanych do wymienionych grup odbiorców, opartych na aktywnym uczestnictwie i dialogu. Należy też pamiętać o tym, iż najlepszy nawet program profilaktyczny prowadzony w szkole może przynieść dużo mniejsze efekty, gdy nie towarzyszą mu inne działania, np. zmierzające do ograniczenia zjawiska sprzedaży alkoholu osobom nieletnim (skuteczna i konsekwentna kontrola punktów sprzedaży). Osoby zajmujące się profilaktyką na danym terenie powinny pamiętać, by obejmować swą działalnością cały teren i dążyć do tworzenia lokalnych koalicji profilaktycznych.

Analiza dotychczasowych działań

W 2006 roku w szkolnych programach profilaktycznych wzięło udział 1 904 tys. młodych ludzi, tj. o 40 tys. więcej niż rok wcześniej. Wzrosła w porównaniu z rokiem 2005 liczba nauczycieli realizujących programy profilaktyczne i było ich blisko 86 tysięcy.

Wzrosła również w stosunku do 2005 r. (o ok. 17 %) liczba rodziców uczestniczących w programach profilaktycznych. Jest to o tyle ważne, iż **silna więź dziecka z rodzicami jest najważniejszym i podstawowym czynnikiem chroniącym młodego człowieka przed podejmowaniem ryzykownych zachowań.**

Znaczącym wsparciem dla realizacji działań profilaktycznych na terenie szkół miało się stać wprowadzenie obowiązku uchwalania przez radę pedagogiczną Szkolnego Programu Profilaktyki, spójnego z programem wychowawczym szkoły, zaopiniowanego przez rodziców i samorząd uczniowski. Kwestię tę reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 roku w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz. U. Nr 10, poz. 96). Praktyka jednak pokazuje, iż przepis ten „sformalizował” działania profilaktyczne często ograniczając je jedynie do dokumentu, który można pokazać w przypadku kontroli nadzoru pedagogicznego. Profilaktyka nadal zostaje domeną „wyspecjalizowanego” lub „oddelegowanego” do tej roli nauczyciela lub wąskiej grupy grona pedagogicznego na terenie szkoły. Niekorzystnym zjawiskiem jest też wycofanie wsparcia finansowego na realizację zadań wynikających ze Szkolnego Programu Profilaktyki. Często można spotkać się ze stwierdzeniem, iż skoro szkoła ma obowiązek zajmować się profilaktyką i jest to jej zadanie, to musi sobie we własnym zakresie zapewnić środki finansowe. Rzeczywistość jednak jest taka, iż bez zewnętrznego wsparcia finansowego, realizacja pracy profilaktycznej z młodzieżą jest bardzo trudna.

Opracowanie i realizacja szkolnego programu profilaktyki wymaga systematycznego i planowego wykorzystania różnorodnych form oddziaływań (np. zajęcia profilaktyczne realizowane w klasach, gazetki szkolne, audycje w szkolnym radiowęźle, imprezy profilaktyczne, happeningi itp.) przy zaangażowaniu jak największej części kadry pedagogicznej oraz wykorzystaniu aktywności i pomysłów młodzieży. Szkoły dysponują też zwykle dobrym zapleczem organizacyjno-technicznym i mogą stać się miejscem na realizację zajęć pozalekcyjnych, kółek zainteresowań i zajęć sportowych. Stwarzanie alternatywnych, ciekawych możliwości spędzania wolnego czasu jest również częścią szkolnego programu profilaktyki i uzupełnieniem zajęć profilaktyczno-edukacyjnych.

Oprócz profilaktyki pierwszorzędowej szkoła jest też miejscem, w którym można zdiagnozować zachowania problemowe i podjąć interwencję, czy skierować do miejsc zajmujących się udzielaniem profesjonalnej pomocy psychologicznej.

W 2004 roku został przyjęty przez Radę Ministrów Krajowy Program Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przystępczości wśród Dzieci i Młodzieży. Jednym z modułów Programu są Procedury postępowania nauczycieli i metody współpracy szkół z policją w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością i demoralizacją, w tym w szczególności alkoholizmem, narkomanią, prostytutką, który określa działania szkoły w sytuacjach, gdy zachowania ucznia mają znamiona przestępstwa. Procedury te są upowszechnione na stronach internetowych MEN. Kuratorzy zostali zobowiązani do upowszechniania ich w szkołach w formie publikacji. Kolejnym ważnym dokumentem dla szkół jest rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 31 stycznia 2003 roku w sprawie szczegółowych

form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz. U. Nr 26, poz. 226), które obliguje szkoły do systematycznego prowadzenia edukacji prozdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego stylu życia oraz wypracowania procedur postępowania w sytuacji szczególnych zagrożeń związanych ze środkami odurzającymi i substancjami psychoaktywnymi, z uwzględnieniem zadań osób podejmujących interwencję. Aby szkoły sprostały wyzwaniom, jakie stawiają przed nimi zapisy zawarte w rozporządzeniach, konieczne jest podnoszenie kompetencji nauczycieli w zakresie pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą. Oprócz szkoleń z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej, dla środowiska nauczycieli ważne są również szkolenia z zakresu pracy profilaktyczno-interwencyjnej.

Programy dla grup ryzyka są szczególnie potrzebne w szkołach gimnazjalnych i średnich. Grono pedagogiczne powinno korzystać w tworzeniu i realizacji szkolnego programu profilaktyki i promocji zdrowia również z konsultacji oraz wsparcia specjalistów zajmujących się profilaktyką problemową. Mogą być oni szczególnie pomocni w sytuacjach wymagających podjęcia działań interwencyjnych wobec grup ryzyka. Upowszechnianiu najlepszych technologii profilaktycznych służy prowadzona na stronie internetowej PARPA (www.parpa.pl) baza danych zawierająca informacje o profesjonalnych szkolnych i środowiskowych programach profilaktycznych. Wykaz zawiera informacje (wraz z danymi do kontaktu) o autorach, głównych celach, adresatach i realizatorach programów. „Przegląd programów profilaktycznych” rekomendowanych przez resort edukacji prowadzony jest także na stronach internetowych Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (www.cmppp.edu.pl).

Realizacja profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej skierowanej pośrednio i bezpośrednio do dzieci i młodzieży na terenie gminy to przede wszystkim:

1. Prowadzenie na terenie szkół i innych placówek oświatowych i opiekuńczo-wychowawczych programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży. Standardy jakości programów profilaktycznych zostały opracowane przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej i znajdują się na stronie internetowej www.cmppp.edu.pl. Standardy te odnoszą się do wielu obszarów działań profilaktycznych i opisane są w odniesieniu do takich wymiarów jak: bezpieczeństwo uczestników, adekwatność programu, skuteczność, głębokość i czas trwania programu, organizacja, ewaluacja i dokumentacja programu.

Ważne jest, aby pamiętać, że programy profilaktyczne powinny być nie tylko prowadzone metodami aktywizującymi, ale powinny być interakcyjne. Nauczyciel ma zadanie inicjować proces interakcji, porozumiewania się, dyskusji, stawiania i weryfikowania umiejętności, uczenia się w kontaktach z innymi, np. sytuacjach zadaniowych itd. (np. programy zawierające elementy kształtowania umiejętności życiowych).

Wśród programów profilaktycznych polecanych do realizacji warto wymienić: „Trzeci elementarz, czyli program siedmiu kroków”, „Spójrz inaczej”, „Zanim spróbujesz”, „Program Domowych Detektywów”, „Fantastyczne możliwości”,

„Trzy koła”, „Program Noe”, „Tak czy Nie”, „Nasze spotkania” itp. (więcej o programach profilaktycznych na stronie internetowej www.parpa.pl lub na stronie www.cmppp.edu.pl).

Jednorazowe, krótkotrwałe akcje (konkursy, przedstawienia teatralne itp.) mogą stanowić jedynie uzupełnienie systematycznie realizowanych programów profilaktycznych. Przy realizacji przedstawień teatralnych warto stworzyć młodzieży możliwość dyskusji i kontynuowania tematu po obejrzeniu spektaklu (np. z nauczycielem, wychowawcą w klasie). Pogadanki, prelekcje i zajęcia oparte jedynie na straszeniu negatywnymi konsekwencjami (np. uzależnieniem) nie przynoszą pożądanych i trwałych efektów.

2. Podejmowanie działań o charakterze edukacyjnym przeznaczonych dla rodziców, których celem jest wspieranie abstynencji dziecka i przygotowanie go do podejmowania świadomych i odpowiedzialnych decyzji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Przykładem takich działań są programy mające na celu rozwijanie umiejętności wychowawczych, np.: „Szkoła dla rodziców”, wspieranie rodziców w trudnościach wychowawczych, prowadzenie grup wsparcia, konsultacji specjalistów czy telefonu zaufania (np. „Pomarańczowej Linii” – telefonu pomagającego rodzicom dzieci, które piją/upijają się). Ogólnopolski telefon „Pomarańczowa Linia” 0-801 14-00-68 działa od poniedziałku do piątku w godz. 14.00–20.00.
3. Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży upijającej się. W tym przypadku należy oddzielić dwa obszary działań: pracę terapeutyczną po zdiagnozowaniu uzależnienia i działania korekcyjno-wychowawcze, skierowane do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi. Jeżeli chodzi o programy terapeutyczne dla młodych ludzi uzależnionych od alkoholu, mogą one być realizowane jedynie w placówkach leczenia odwykowego. Działania interwencyjno-korekcyjne mogą zaś być realizowane również w szkole przez przeszkolonych nauczycieli, np. przy wykorzystaniu procedury „Interwencji profilaktycznej” opracowanej przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „PRO-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie lub program „Korekta” (przeznaczony dla młodzieży pełnoletniej, w uzasadnionych przypadkach wykorzystywany do pracy w starszych klasach szkół ponadgimnazjalnych). Przykładem pozaszkolnego programu interwencyjno-profilaktycznego jest „TUKAN – Trening zachowań związanych z alkoholem i narkotykami”, opracowany przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży z Łodzi.
4. Wspieranie programów i przedsięwzięć profilaktycznych opracowywanych i realizowanych przez młodzież, skierowanych do grup rówieśniczych. Istotnym zadaniem jest także wspieranie rozwoju i działalności wolontariatu (warsztaty, szkolenia pogłębiające wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki problemowej i promocji zdrowia) oraz realizowanie programów aktywizujących samorządy uczniowskie, grupy liderские czy młodzieżowe samorządy. Przykładem programów wspierających liderów młodzieżowych są: „Śnieżna Kula”, „Młodzieżowe Ochotnicze Pogotowie Rówieśnicze – MOPR”, program

„Rówieśniczych Doradców”, Starszy brat, starsza siostra”. Wartościową inicjatywą jest także „Powiatowa Szkoła Liderów Młodzieżowych” prowadzona przez Stowarzyszenie Klub Abstynenta z Mikołowa.

PARPA od roku 2006 organizuje Młodzieżowy Ogólnopolski Przegląd Spektakli Profilaktycznych przygotowywanych przez młodzież. Udział w nim opierał się na aktywnej współpracy z młodymi ludźmi, którzy byli zaangażowani w pracę nad tworzeniem scenariusza oraz opracowaniem scenografii. Możliwość opowiedzenia o problemach swoich rówieśników, możliwość wyrażenia swoich emocji, uczenia się umiejętności aktorskich czy reżyserskich okazała się dla młodych ludzi dobrym programem profilaktycznym. Jednocześnie prezentując spektakl wśród swoich rówieśników mogą oni w pozytywny sposób oddziaływać na swoje środowisko – nie tylko poprzez prezentację spektaklu, ale również swoją postawę, zaangażowanie i pasję.

Połączenie formy teatralnej oraz przekazu profilaktycznego (a więc z budowaniem pozytywnych wzorców związanych z abstynencją i niepodjęciem zachowań ryzykownych) wymaga od animatora – opiekuna takich działań przynajmniej podstawowych wiadomości z zakresu profilaktyki. Spektakl ma być nie tylko przeżyciem emocjonalnym, ale ma za zadanie stawiać przed widzami ważne pytania i skłaniać go do przemyślenia swoich zachowań i decyzji.

Kilka ważnych wskazówek przy realizacji spektakli profilaktycznych:

- Ważne jest, aby mówiąc o problemach wynikających z używania substancji psychoaktywnych nie utwierdzać widza w jego błędnych przekonaniach normatywnych, np. poprzez:
 - pokazywanie powszechności jakiegoś zjawiska (palenia, picia czy zażywania narkotyków) – chcąc pokazać problem, stwarzamy iluzję, iż całe środowisko (klasa, grupa) to robi; nie należy też przesadzać z dosłownością w pokazywaniu tych zachowań na scenie (ważne w szczególności, gdy odbiorcami są młodsze grupy wiekowe);
 - przedstawianie abstynencji jako czegoś mało atrakcyjnego, dziwnego – konfrontując ze sobą na scenie obraz dwóch grup, powinniśmy zadbać, aby grupy te były przestawione w sposób jak najbardziej naturalny bez wpadania w schematyczne myślenie (dobry-zły, kujon-łobuz itp.), uproszczenia takie sprawdzają się w bajkach, lecz w przedstawieniach odnoszących się do rzeczywistości, w której porusza się młodzież odczytywane są one wprost.
- Nie należy ograniczać przekazu do pokazania obszaru szkód związanych z uzależnieniem i śmiercią – są to wprawdzie możliwe negatywne konsekwencje, jednak nie należy pomijać olbrzymiego obszaru tzw. strat bieżących, które mogą pojawić się już nawet przy pierwszej próbie podjęcia jakiegoś zachowania ryzykownego. Warto zwracać uwagę na wartości,

realizację celów i marzeń itp. a więc tego co może mieć wpływ na nasze decyzje i wybory (samo straszenie nie jest skuteczną strategią profilaktyczną!)

- W przypadku sytuacji problemowej warto pokazać sposób jej rozwiązania np. pomoc osobie, która podejmuje jakieś zachowanie ryzykowne – brak takich bliskich osób, pomocy, pomysłu na rozwiązanie sytuacji trudnej szczególnie wyraźny był w spektaklach przygotowanych przez grupy ze szkół gimnazjalnych i szkół średnich (może to powodować odrzucenie – to nie mój problem, to patologia, nie da się im pomóc) Pokazanie sposobu rozwiązania sytuacji daje również nadzieje dla tych, którzy znają osoby nadużywające środków psychoaktywnych i niesie jasny przekaz, że pomoc jest możliwa. Warto pokazywać przyjaciół czy inne przykłady pozytywnych dorosłych, którzy angażują się w pomoc i dają wsparcie.

5. Dofinansowanie szkoleń, kursów specjalistycznych w zakresie pracy profilaktycznej z dziećmi, młodzieżą oraz rozwijanie umiejętności prowadzenia zajęć profilaktycznych organizowanych dla nauczycieli, pedagogów, psychologów.
6. Organizowanie lokalnych imprez profilaktycznych dla młodzieży. Należy szczególnie zwracać uwagę na to, aby nie tworzyły one skojarzeń z promocją alkoholu i nie pochłaniały zbyt dużej ilości środków finansowych, które powinny być przeznaczane przede wszystkim na zajęcia prowadzone w małych grupach zapewniających bezpośredni kontakt wychowawcy z młodzieżą.
7. Podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych do sprzedawców napojów alkoholowych oraz działań kontrolnych i interwencyjnych, mających na celu ograniczanie dostępności napojów alkoholowych i przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18. roku życia. W szkoleniach właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych należy uwzględniać nie tylko aspekty prawne, lecz również obszar osobistych motywacji (np. postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) oraz umiejętności praktyczne (ćwiczenie scen asertywnego odmawiania). Dział ds. rodziny i młodzieży PARPA dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie niesprzedawania alkoholu nieletnim.
8. Prowadzenie badań – związanych zwłaszcza z diagnozą zachowań problemowych/używaniem substancji psychoaktywnych podejmowanych przez młodzież oraz ewaluacją programów profilaktycznych. Diagnoza środowiska uwzględniająca m.in. diagnozę problemu oraz zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej bądź działań korekcyjnych, interwencyjnych dla grup ryzyka nie zawsze musi oznaczać przeprowadzenie dogłębnych badań socjologicznych na reprezentatywnej próbie młodzieży, powinna jednak być rzetelnym określeniem problemu związanego z używaniem substancji psychoaktywnych. Przygotowując diagnozę warto wykorzystać przede wszystkim informacje od nauczycieli i wychowawców klas, rozmowy z rodzicami i uczniami, obserwację zachowań uczniów, analizę dokumentów szkolnych i innych publikacji na tematy poświęcone profilak-

tyce, czy wreszcie krótkie ankiety (np. dotyczące klimatu szkoły, poczucia satysfakcji z uczestniczenia w programie profilaktycznym, sposobu prowadzenia interwencji wobec uczniów sięgających po narkotyki itd.). W przypadku planowania badań na większą skalę, sugerujemy zastosowanie takich narzędzi (procedury badawczej i doboru próby), aby wyniki badań można było porównać z wynikami ogólnopolskich badań ESPAD, co pozwoli na określenie skali zjawiska w środowisku lokalnym (wyniki badań ESPAD na www.parrpa.pl). Przy realizacji jakichkolwiek badań czy też programów profilaktycznych należy jednak pamiętać o wcześniejszym poinformowaniu rodziców o takich działaniach. Pozwoli to nie tylko na uniknięcie ewentualnych zarzutów o brak zgody, ale wzmocni nasze działania i rozszerzy je na różne kierunki oddziaływań (rodzice mogą podjąć ten temat w rozmowach, odwoływać się do pewnych norm czy też podsuwać rozwiązania w trudnych dla dziecka sytuacjach, np. namawiania do wypicia alkoholu).

Warto również podkreślić, że podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań oraz wzrost kompetencji, umiejętności realizatorów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jedynie jako instrument kontroli instytucji nadzorujących. Trzeba ją dostosować do możliwości i potrzeb szkoły czy innych realizatorów programu. Warto wykorzystywać jakościowe metody zbierania danych (i ograniczać nadmierne ankietowanie uczniów), czyli informacje i refleksje na temat odbioru działań profilaktycznych przez jego realizatorów i odbiorców (uczniowie, rodzice).

Realizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych jako elementu oddziaływań profilaktycznych

Pozalekcyjne zajęcia sportowe powinny zawierać:

- zasady, normy postępowania zapisane w formie regulaminu zajęć (m.in. zakaz używek, przeklinania, zasady „fair play” itp.). Zaleca się, aby uczestnicy zajęć, po zapoznaniu się z zasadami, podpisali kontrakt – zobowiązanie do ich przestrzegania (mogą również wprowadzić swoje reguły niezależne od narzucanego regulaminu);
- trening umiejętności życiowych, np.:
 - dbania o higienę osobistą,
 - wygrywania i przegrywania,
 - radzenia sobie z emocjami,
 - odpowiedniego żywienia,
 - odpoczynku i relaksu,
 - niełamania zasad „gry”,

- konsekwencji decyzji i zachowań,
- poszanowania przeciwnika;
- udział rodziców (np. w formie klubu kibica albo udziału w zawodach razem z dziećmi bądź osobnych); uczestnicy biorą udział w zajęciach za zgodą rodziców – jest to okazja do spotkania informacyjnego i do współpracy, angażowania rodziców w zajęcia; możliwość podejmowania i realizowania własnych pomysłów (np. organizacji zawodów, treningów w innym niż tradycyjne miejscu).

Należy podkreślić, że zajęcia sportowe mogą stanowić cenną strategię uzupełniającą w stosunku do innych działań profilaktycznych, ale nie mogą stanowić jedynej i samodzielnej strategii profilaktycznej.

Zajęcia sportowe powinny być integralnym elementem programu profilaktycznego; oznacza to odwoływanie się do strategii profilaktycznych (np. osobistych decyzji abstynenckich, przekonań normatywnych „Prawdziwy sportowiec prowadzi zdrowy styl życia, nie pije, nie pali, nie używa narkotyków, sterydów”), a także wzmacnianie czynników chroniących, zwłaszcza poprzez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trenera, znanych sportowców, nauczycieli wychowania fizycznego itp.) i rozwijanie zainteresowań, powinno być adresowane do dzieci uczestniczących w programie profilaktycznym; osoby prowadzące te zajęcia powinny mieć odpowiednie kompetencje merytoryczne (warto realizować specjalne szkolenia dla osób realizujących zajęcia sportowe z zakresu znajomości strategii profilaktycznych, zasad pracy z młodzieżą z grup ryzyka, sytuacji psychologicznej dziecka w rodzinie alkoholowej). Rekomendowane jest objęcie zajęciami sportowymi dzieci z grup ryzyka, które uczestniczą w zajęciach w świetlicach socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych.

Należy pamiętać, że szczególnie w odniesieniu do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, których udział w tego typu zajęciach jest wskazany, powinno się zwrócić szczególną uwagę na ich bezpieczeństwo psychiczne, np.:

- ochronę prywatności i zapewnienie dyskrecji;
- uwzględnianie systemu wartości uczniów i stopnia ich wrażliwości;
- respektowanie podmiotowości i indywidualności uczniów;
- obok elementów rywalizacji wprowadzać jak najwięcej elementów współpracy, zaangażowania całego zespołu, z docenieniem każdego członka tego zespołu, interweniować w sytuacjach, gdy grupa z jakiegoś powodu któregoś z nich odrzuca (i wspierać go w szczególny sposób);
- unikanie sytuacji i komunikatów, które mogą nieść treści szkodliwe dla młodego człowieka (nie chodzi tu tylko o pomniejszanie poczucia wartości, lecz również o utwierdzanie w roli, w jakiej dziecko funkcjonuje w swoim środowisku, rodzinie, np. bohatera, dziecka niewidzialnego, kozła ofiarnego bądź maskotki).

W ramach finansowania realizacji zajęć sportowych możliwe są wydatki materiałowe, np. na zakup sprzętu sportowego, jednak powinny być one częścią programu. Należy zadbać o odpowiednie proporcje w nakładach finansowych. Zgodnie z zapisem ustawowym środki mają być przeznaczone na prowadzenie zajęć sportowych, a nie na finansowanie inwestycji (budowy boisk, remontów obiektów sportowych).

Należy pamiętać o tym, że ustawodawca przewidział znaczne środki na budowę infrastruktury sportowej w Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej utworzonym na mocy ustawy z dnia 29 lipca 1992 r. o grach i zakładach wzajemnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 4 poz. 27 ze zm.).

Organizowanie zawodów/imprez sportowych finansowanych z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych jest uzasadnione tylko w takich przypadkach, jeżeli są one elementem prowadzonych pozalekcyjnych zajęć sportowych.

Bezwzględnie należy unikać reklam bądź sponsorowania zajęć/imprez sportowych dzieci i młodzieży przez producentów napojów alkoholowych.

Warto przypomnieć, że zgodnie z art. 13 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi minister właściwy do spraw kultury fizycznej i sportu jest dysponentem Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla uczniów, a dofinansowanie zajęć sportowych odbywa się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sportu z 31 października 2005 roku w sprawie dofinansowania zajęć ze środków Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych (Dz. U. Nr 226, poz. 1942). Środki na ten fundusz są pozyskiwane z opłat za reklamę napojów alkoholowych. Zarówno gminy, jak i organizacje pozarządowe mogą ubiegać się o te środki z Ministerstwa Sportu.

Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej

Ważnym elementem gminnych strategii profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych jest edukacja publiczna społeczności lokalnych, działalność informacyjna oraz współpraca z lokalnymi mediami.

Do narzędzi edukacji publicznej należą następujące działania:

1. Tworzenie sieci punktów informacyjnych z danymi o ofercie pomocy na terenie gminy w zakresie problemów alkoholowych: tablice informacyjne w ośrodkach pomocy społecznej, ośrodkach zdrowia, komisariatach i komendach policji, parafiach, siedzibach organizacji pozarządowych, punktach konsultacyjnych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach zdrowia psychicznego, świetlicach socjoterapeutycznych, sądach, szkołach, urzędach itp.
2. Prowadzenie stałego medialnego systemu informacji o działaniach podejmowanych na terenie gminy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, np. wydawanie biuletynu, dodatku do gazety, stałej rubryki informacyjnej w lokalnej gazecie czy stałego bloku informacyjnego w lokalnym radiu/telewizji, redagowanie strony internetowej poświęconej w/w tematyce itp.

5. Prowadzenie lokalnych i regionalnych kampanii edukacyjnych związanych z profilaktyką problemów alkoholowych, organizowanie festynów, obchodów lokalnych dni, np.: trzeźwości, światowego dnia FAS (Fetal Alcohol Syndrome, 9 września każdego roku), happeningów, pikników, konferencji prasowych, debat w lokalnych mediach.
4. Produkcja lub zakup i dystrybucja wśród różnych adresatów – młodzieży, sprzedawców, pracowników służby zdrowia, pracowników pomocy społecznej, nauczycieli, rodziców, policjantów, samorządowców, pacjentów placówek lecznictwa odwykowego i innych, klientów punktów konsultacyjnych dla rodzin z problemem alkoholowym i ofiar przemocy, kierowców itp. – materiałów edukacyjnych: broszur, plakatów, ulotek z profilaktycznymi treściami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki alkoholowej oraz gadżetów profilaktycznych (np. liczniki promili dla kierowców) z logo gminy/partnerów/sponsorów/patronów medialnych i honorowych.
5. Angażowanie w samorządowe działania edukacyjne i informacyjne lokalnych i regionalnych VIPów, osób znanych, sportowców, artystów i innych autorytetów społecznych w celu większej skuteczności oddziaływań.
6. Pozyskiwanie dla podejmowanych działań patronatów instytucji, organizacji i firm cieszących się uznaniem oraz patronatów medialnych lokalnych i regionalnych mediów, co nadaje wyższą rangę przekazywanym komunikatom i podnosi ich wiarygodność.
7. Aktywizacja i edukacja lokalnych decydentów i radnych co do wagi i skali problematyki alkoholowej poprzez zapraszanie ich do lokalnych debat, kampanii edukacyjnych, udziału w imprezach profilaktycznych; zapoznawanie z lokalną i ogólnopolską diagnozą problemów alkoholowych, także poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji pogłębiających wiedzę na ten temat.
8. Budowanie lokalnych koalicji na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, także w ramach porozumień z innymi samorządami lokalnymi czy współpracy z samorządem województwa.
9. Aktywny współdział samorządów lokalnych w ogólnopolskich społecznych kampaniach edukacyjnych dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; wzmacnianie w ten sposób zewnętrznego wizerunku gminy jako aktywnej w tym obszarze.
10. Wspieranie edukacji osób pracujących zawodowo w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym oraz przemocą poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji (np.: czasopism „Remedium”, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, „Świat Problemów”, „Niebieska Linia”, „Trzeźwymi bądźcie”, „Alkoholizm i Narkomania” itp.), organizowanie lokalnych konferencji, seminariów i szkoleń dla tych osób.

11. Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami, monitorowanie ich zawartości pod kątem problematyki alkoholowej, inicjowanie artykułów na ten temat, w razie potrzeby polemiki z mediami, prezentowanie w zaprzyżnionych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich skutków, prezentowanie wyników lokalnych badań, planów działań na przyszłość itp.
12. Monitorowanie skali problemów alkoholowych w środowisku lokalnym poprzez prowadzenie badań i sondaży, lokalnych diagnoz i ekspertyz (samodzielnie lub zlecając je profesjonalnym instytucjom), pozwalających ocenić aktualny stan problemów alkoholowych na różnych płaszczyznach (np.: picie młodzieży, leczenie odwykowe, przeciwdziałanie przemocy, profilaktyka szkolna i środowiskowa, zmiany na rynku napojów alkoholowych, marketing alkoholowy: reklama, promocja, sponsoring itp.), a także ewaluacja prowadzonych działań profilaktycznych oraz publikowanie wyników tych badań w środowisku lokalnym.

Działalność na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców i bezpieczeństwa w miejscach publicznych

W 2006 roku policja zatrzymała w Polsce ponad 200 tys. nietrzeźwych kierowców. Pomimo tak dużej skali zjawiska na poziomie gmin rzadko istnieje system przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców, który jest koordynowany przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych.

Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców można podzielić na trzy grupy: działania edukacyjne, działania interwencyjno-sprawdzające i działania resocjalizacyjne wobec kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości.

W ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych rekomenduje się podejmowanie następujących działań na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców oraz bezpieczeństwa w miejscach publicznych:

1. Prowadzenie lokalnych i regionalnych kampanii edukacyjnych związanych z zagrożeniem nietrzeźwości kierowców. Wskazane jest tworzenie lokalnych koalicji złożonych z przedstawicieli instytucji i organizacji działających na rzecz bezpieczeństwa na drogach. Prowadzenia kampanii społecznych powinno być równocześnie uzupełnione zwiększeniem kontroli trzeźwości kierowców na drogach.
2. Współpraca z ośrodkami szkolenia kierowców w zakresie włączenia do programów szkolenia kandydatów na kierowców problematyki alkoholowej. Zajęcia dla kandydatów na kierowców powinny mieć charakter profilaktyczno-edukacyjny w zakresie problematyki nietrzeźwości na drogach oraz autodiagnostyczny w obszarze własnego stylu picia alkoholu. Cele:
 - wyeliminowanie przypadków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu przez uczestników kursu;
 - dostarczenie wiedzy na temat wpływu alkoholu na organizm człowieka w kontekście prowadzenia pojazdu mechanicznego;

- dostarczenie wiedzy na temat przepisów prawnych z obszaru nietrzeźwości na drogach;
 - dostarczenie wiedzy na temat danych statystycznych dotyczących wypadków spowodowanych nietrzeźwością uczestników ruchu drogowego;
 - nabycie przez uczestników umiejętności przeliczania spożytego alkoholu na promile alkoholu we krwi;
 - autodiagnoza w zakresie własnego stylu picia alkoholu.
3. Prowadzenie edukacji z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, w tym np. licznika trzeźwości czy broszur „Alkohol i kierowca”, „Alkohol a kierowca – Raport Komisji Europejskiej” (do nabycia w Wydawnictwie Edukacyjnym PARPAMEDIA www.wydawnictwo.parpamedia.pl).
 4. Nawiązanie współpracy z policją w celu zwiększenia liczby kontroli kierowców pod względem trzeźwości. Istnieje możliwość w ramach współpracy z policją zakupu alkomatu, jeśli będzie to element działań związanych z przeciwdziałaniem nietrzeźwości kierowców.
 5. Inicjowanie na podstawie art. 12 ust. 2 oraz art. 14 ust. 6 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ograniczeń sprzedaży alkoholu w miejscach, gdzie istnieje duże prawdopodobieństwo zakupu go przez kierowców (np. stacje benzynowe, miejsca obok zajezdni autobusowych itp.). Samorząd gminny, biorąc pod uwagę dotychczasową sytuację związaną ze sprzedażą napojów alkoholowych w miejscach związanych z ruchem drogowym, powinien zdecydować, czy sprzedaż w tych miejscach wpływa na bezpieczeństwo na terenie danej gminy.
 6. Wprowadzenie (organizacja i finansowanie) programów korekcyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości. Nawiązanie w tym celu współpracy z sądami rejonowymi, wydziałami karnymi i zaproponowanie, jako środka oddziaływań na skazanych kierowców, udziału w programie korekcyjno-edukacyjnym, mającym na celu powstrzymanie kierowcy przed ponownym prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu. Koncepcja tego typu programu oraz technologia wprowadzania programu na poziomie gminy, a także rekomendacje do osób przygotowanych do realizacji zajęć są dostępne w PARPA. Gminom, zainteresowanym wprowadzeniem pilotażowego programu na swoim terenie, rekomenduje się zaplanowanie organizacji wdrożenia programu, a także specjalistycznego przygotowania osób z terenu gminy do prowadzenia zajęć.
 7. Organizacja specjalistycznych szkoleń z zakresu problematyki alkoholowej dla kierowców zawodowych (np. autobusowe zakłady miejskie) oraz wprowadzenia profilaktycznych programów pracowniczych w zakładach komunikacji publicznej. Zakłady pracy, w których pracują kierowcy, mogą się stać miejscem prowadzenia działań profilaktycznych.

8. Podnoszenie kompetencji zawodowych przedstawicieli służb społecznych kontaktujących się z osobami nietrzeźwymi. Jedną z niewątpliwych potrzeb w celu profesjonalnego wykonywania obowiązków służbowych jest umiejętność nawiązania kontaktu z osobą nietrzeźwą. W tym celu samorząd gminny ma możliwość organizacji szkoleń dla przedstawicieli poszczególnych służb społecznych ze swojego terenu na temat umiejętnego kontaktowania się z klientami (petentami, pacjentami) nietrzeźwymi.
9. Inicjowanie działań na rzecz systematycznego podejmowania interwencji przez funkcjonariuszy policji oraz straży miejskiej w sytuacjach spożywania alkoholu w miejscach publicznych. W tym celu rekomenduje się nawiązanie bliskiej współpracy z policją i/lub strażą miejską w celu wspólnego ustalenia strategii zwiększającej skuteczność egzekucji prawa w zakresie zakazu spożywania napojów alkoholowych w miejscach publicznych. Istnieje możliwość w ramach realizacji tego zadania, organizacji szkoleń dla funkcjonariuszy na temat prawnych aspektów spożywania napojów alkoholowych w miejscach publicznych, ale także podniesienia motywacji u funkcjonariuszy do podejmowania interwencji w tym zakresie.
10. Wdrożenie wspólnie z policją, strażą miejską oraz ratownikami WOPR na terenie kąpielisk działań, które zmniejszą zjawisko spożywania napojów alkoholowych na tym terenie. Istnieje możliwość zainicjowania wprowadzenia do regulaminu kąpielisk zakazu nie tylko wnoszenia napojów alkoholowych i zakazu ich spożywania, ale także zakazu przebywania tam osób nietrzeźwych.
11. Działania na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa na stadionach piłkarskich. Rekomenduje się, aby w gminach, na terenie których znajdują się stadiony piłkarskie, gminna komisja nawiązała bliską współpracę zarówno z policją, jak i z przedstawicielami klubu sportowego. Działania powinny być ukierunkowane na niewpuszczanie na teren stadionów nietrzeźwych kibiców oraz osób wnoszących napoje alkoholowe, a także rozważanie wprowadzenie czasowego (w pobliżu stadionu na czas trwania/zakończenie meczu) zakazu sprzedaży napojów alkoholowych.
12. Informowanie o zakazie sprzedawania napojów alkoholowych w środkach i obiektach komunikacji publicznej wynikającym z art. 14 ust. 1 pkt. 4, np. w formie naklejek umieszczonych w autobusach, pociągach czy na dworcach kolejowych.

Zapobieganie problemom zdrowotnym i psychospołecznym wynikającym z nadużywania alkoholu

Negatywne konsekwencje spożywania alkoholu dotyczą nie tylko osób uzależnionych, ale również osób spożywających alkohol szkodliwie.

Osoby pijące szkodliwie nie mają objawów pozwalających zdiagnozować uzależnienie. Piją za dużo, za często, w nieodpowiednich okolicznościach. Ich styl picia powoduje szkody zdrowotne, psychologiczne i społeczne.

Badania wskazują, że około 20%⁴ wszystkich zgłoszeń pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej ma swoje źródło w problemach spowodowanych nadużywaniem alkoholu. Oznacza to, że osoby te nie potrzebowałyby porad lekarskich, gdyby w zalecany sposób ograniczyły spożywanie alkoholu. W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dla lekarzy pierwszego kontaktu metodę szybkiego i prostego dokonywania testów przesiewowych oraz przeprowadzania interwencji w przypadku rozpoznania nadużywania przez pacjenta alkoholu (zarówno w sytuacji pojawienia się szkód zdrowotnych, jak i ryzyka ich wystąpienia) bądź podejrzenia uzależnienia. Wspieranie lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu **metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji** powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

W ramach tego zadania powinno się zapewnić przeszkolenia dla lekarzy i pielęgniarek, stworzenie podręcznej biblioteczki dotyczącej wiedzy o problemach alkoholowych, dostarczenie listy teleadresowej placówek lecznictwa odwykowego z danego terenu oraz zaopatrzenie personelu POZ w materiały do wykonywania badań przesiewowych i w materiały dla pacjentów. Ważne jest zapewnienie pracownikom podstawowej opieki zdrowotnej, którzy zdecydują się realizować badania przesiewowe i interweniować w sprawie ograniczenia picia swoich pacjentów, specjalistycznego wsparcia konsultanta, specjalisty psychoterapii uzależnień.

Badania przesiewowe dotyczące problemów alkoholowych nie wchodzą w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ. Należy rozważyć stworzenie takiego mechanizmu finansowego, który motywowałby lekarzy do prowadzenia tego typu działań. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest tu zawieranie porozumienia finansowego z zakładem opieki zdrowotnej, zgodnie z którym wypłacano by określoną kwotę za każdego pacjenta wobec którego przeprowadzono procedurę wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji.

Istotnym elementem, na który należy zwrócić uwagę, jest fakt, że samo badanie przesiewowe nie powinno zakończyć kontaktu z pacjentem. Istotą tej metody jest podjęcie interwencji, która w przypadku osób z podejrzeniem uzależnienia powinna skutkować skierowaniem do placówki odwykowej, a w przypadku osoby pijącej szkodliwie lub ryzykownie – podjęciem ustrukturyzowanej rozmowy, mającej na celu zmotywowanie pacjenta do ograniczenia picia do bezpiecznych dawek.

W przypadku pacjenta pijącego szkodliwie powinny się odbyć trzy–cztery spotkania z lekarzem. Natomiast jeśli chodzi o pacjenta skierowanego do placówki odwykowej, lekarz po odpowiednim przeszkoleniu powinien umieć podtrzymywać motywację pacjenta do leczenia odwykowego przy kolejnych wizytach, okazując zainteresowanie jego postępami w terapii i podkreślając jej wpływ na stan zdrowia somatycznego.

Odrębnym zagadnieniem jest możliwość wykorzystania odpowiednio zebranych wyników testu AUDIT (najczęściej stosowanego testu przesiewowego) do dokonania diagnozy problemów alkoholowych w skali miasta czy gminy. Wymaga to zaplanowania warunków zebrania, gromadzenia i opracowywania pozyskanych danych.

⁴ Pacjenci z problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej, PARPA, Warszawa 1997.

Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych

Realizując poszczególne zadania gminnego programu gmina może powierzyć ich wykonanie organizacjom pozarządowym pod warunkiem, że w statucie tej organizacji znajdują się zapisy określające jej zaangażowanie w sprawy związane z rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Przy procedurze zlecenia zadań organizacjom pozarządowym zastosowanie ma ustawa o pożytku publicznym i wolontariacie.

Wśród wielu organizacji pozarządowych ważnym, a niestety nadal bardzo często niedocenianym partnerem są dla gminy stowarzyszenia i kluby abstynenckie.

Stowarzyszenia abstynenckie stanowią miejsce zdrowego i trzeźwego stylu życia dla uzależnionego i jego rodziny, i podejmują działania na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych na poziomie lokalnym. Zakres współpracy ze stowarzyszeniami abstynenckimi będzie zależał od lokalnych potrzeb i uwarunkowań, jednak podkreślić należy potrzebę, celowość i zasadność znaczącego udziału środowiska stowarzyszeń i klubów abstynenckich w działaniach w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych przez samorządy.

Stowarzyszenia abstynenckie podejmują działania nakierowane na motywowanie do leczenia odwykowego, np. w postaci prowadzenia punktu konsultacyjnego, a także nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi. Członkowie stowarzyszeń abstynenckich mogą osiągać w tym zakresie znaczącą efektywność.

Gmina może również dofinansować koszty lokalowe czy personalne w sytuacji, kiedy jest to uzasadnione ilością zadań realizowanych przez to stowarzyszenie, a składki członkowskie nie wystarczają na ich pokrycie. Praca kierownika czy gospodarza klubu oznacza przede wszystkim koordynowanie bieżącej działalności klubu oraz nadzór nad prawidłową realizacją wewnętrznego harmonogramu i jest związana z materialną odpowiedzialnością za lokal i korzystanie z niego. W tym kontekście gmina może w ramach gminnego programu sfinansować wynagrodzenie kierownika/gospodarza klubu. Warto podkreślić, że kierownik klubu, występujący często jako osoba pierwszego kontaktu, powinien posiadać wiedzę nie tylko na temat uzależnienia, ale również zjawisk towarzyszących, jak: przemoc w rodzinie, współuzależnienie, sytuacja dzieci w rodzinie alkoholowej itp. W ramach gminnego programu możliwe jest dofinansowanie szkoleń dla liderów klubu oraz innych osób działających w klubie pod warunkiem, że jest to uzasadnione merytorycznie i ma związek z wykonywaniem konkretnych zadań na rzecz jego członków albo społeczności lokalnej.

Stowarzyszenia te mogą odgrywać znaczącą rolę, organizując różnego rodzaju oddziaływania rehabilitacyjne po zakończonym leczeniu, kierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin. Mogą to być np. warsztaty komunikacji małżeńskiej, treningi asertywności, treningi radzenia sobie ze stresem, złością, grupy wsparcia dla osób współuzależnionych itp. Rekomendowane jest również, aby kluby angażowały się w przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, uruchamiając np. grupy wsparcia dla ofiar czy oddziałując na organa policji i pomoc społeczną w zakre-

się efektywnej realizacji procedury „Niebieskich Kart”. Wskazane jest również tworzenie oferty dla dzieci (młodzieży) z uwzględnieniem specyfiki ich doświadczeń wynikających z wychowywania się w rodzinie alkoholowej. Warunkiem uruchomienia programów pomocy psychologicznej jest współpraca z osobami odpowiednio do tego przygotowanymi, a gmina rozważając zasadność i możliwość sfinansowania danego programu, ocenia kwalifikacje osób prowadzących. Warto podkreślić, że oddziaływania psychologiczne realizowane w klubach nie są terapią. Termin ten określa profesjonalne oddziaływania terapeutyczne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych placówkach.

Stowarzyszenia powinny odgrywać znaczącą rolę w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracując m.in. z lecznictwem odwykowym, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych, przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości oraz innymi organizacjami pozarządowymi zaangażowanymi w realizację gminnego programu. Warto podkreślić, że kluby i stowarzyszenia abstynenckie realizując szeroko rozumianą pracę socjoterapeutyczną wśród osób uzależnionych i ich rodzin, przeciwdziałają tym samym ich wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną.

Celowe wydaje się włączenie klubów i stowarzyszeń abstynenckich do prac związanych z tworzeniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konsultacja programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów planowanych działań. Warto również wspierać działania podejmowane przez stowarzyszenia na rzecz promowania abstynencji i trzeźwego stylu życia.

Zgodnie z ideami funkcjonowania wspólnot AA, Al-Anon i Alateen udzielanie jakichkolwiek dotacji z zewnątrz na rzecz działań lub programów każdego z tych ruchów nie jest wskazane, ponieważ narusza ich zasady ideowe. Możliwe jest natomiast nieodpłatne udostępnianie lokalu należącego do gminy na meetingi grup.

Nie jest możliwe finansowanie bieżącego funkcjonowania izb wytrzeźwień ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń, ponieważ jest to zadanie gmin związane z zabezpieczeniem porządku publicznego, wynikające z ustawy o samorządzie gminnym. Możliwe jest natomiast finansowanie realizowanych tam dodatkowych programów skierowanych do osób zatrzymanych w izbie, które wykraczają poza statutowe zadania izby. Podobnie współpraca z policją nie może oznaczać finansowania jej bieżącej działalności poprzez np. zakup samochodów, które będą wykorzystywane m.in. do przewozu osób nietrzeźwych zatrzymanych w miejscach publicznych.

Warto podkreślić, że „wspomaganie działalności służb i instytucji” nie jest tożsame z udzielaniem wsparcia finansowego i oznacza nawiązanie współpracy służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych bez przekazywania środków finansowych. Do takich zadań należy np. przekazanie materiałów edukacyjnych, zorganizowanie szkolenia czy udostępnienie na szczególnych warunkach nieruchomości będącej własnością jednostki samorządu terytorialnego organizacji realizującej zadania z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych, promowanie i popieranie działań prowadzonych przez takie instytucje (np. poprzez informowanie o nich

w lokalnych mediach czy na stronach internetowych gminy). Wspieranie może się wiązać z wymianą informacji, zapraszaniem członków stowarzyszeń do wspólnego opracowywania projektów i opiniowania podejmowanych działań. Może też oznaczać wspólne realizowanie wybranych projektów, np. interwencji wobec sprawców przemocy.

Rekomendowane jest udzielanie organizacjom pozarządowym wsparcia m.in. w zakresie merytorycznej pomocy przy wypełnianiu wniosków dotacyjnych, rozliczeń księgowych, porad prawnych itp.

Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego

W przypadku złamania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim lub nietrzeźwym oraz w przypadku złamania zakazów promocji i reklamy napojów alkoholowych gmina może podejmować interwencje oraz występować przed sądem jako oskarżyciel publiczny, czyli występować z aktem oskarżenia bezpośrednio do sądu z pominięciem prokuratora. Postępowanie z tego zakresu prowadzone jest na podstawie przepisów o postępowaniu karnym. Sprawy, w których gmina występuje jako oskarżyciel publiczny, odbywają się w trybie uproszczonym. Wniesienie aktu oskarżenia do sądu musi być poprzedzone przeprowadzeniem postępowania dowodowego, które należy do kompetencji policji.

Nie wymieniono w nim organu samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4¹ ust. 2 pkt 6 ustawy, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do składania do organów policji wniosku o wszczęcie postępowania dowodowego. Policja powinna powiadomić o wszczęciu takiego postępowania gminę i prokuratora. Formalne wymogi, jakie musi spełniać akt oskarżenia, określają artykuły 332–334 k.p.k. Projekt aktu oskarżenia może przygotować policja, ale sam akt oskarżenia sporządza i kieruje do sądu gmina. Sąd może oddalić akt oskarżenia ze względu na braki formalne, stąd potrzeba dużej staranności przy sporządzaniu aktu oskarżenia i zbieraniu dowodów w sprawie. Gmina może wskazać policji na etapie postępowania dowodowego konkretne osoby jako świadków, przekazać zdjęcia, którymi dysponuje i inne dokumenty, np. protokoły, ponieważ mogą one być wykorzystane jako dowody w sprawie. Świadkiem oskarżenia może być np. członek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy jednak podkreślić, iż świadkiem oskarżenia nie może być ta sama osoba, która występuje jako oskarżyciel publiczny. Gmina może wnosić oskarżenie do sądów I instancji, nie przysługuje jej natomiast prawo do wnoszenia środków odwoławczych. Prawo wniesienia apelacji przysługuje wyłącznie prokuratorowi. Gmina może złożyć zapowiedź apelacji – skierować wniosek do sądu rejonowego w ciągu 7 dni (termin nieprzekraczalny) z żądaniem sporządze-

nia odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem i przekazać sprawę do prokuratora z wnioskiem o złożenie apelacji. Prokurator ma 14 dni na sporządzenie apelacji od momentu pokwitowania przez gminę otrzymania odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem. Prokurator natomiast ma prawo odmówić podjęcia środków odwoławczych. Wójt, burmistrz lub prezydent miasta może w drodze upoważnienia wskazać osobę do reprezentowania gminy przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego. W tej roli może wystąpić radca prawny lub adwokat. Realizacja tego zadania przez gminy może oznaczać przyjęcie do współpracy prawnika, który będzie merytorycznie koordynował postępowanie, nadzorował sporządzenie aktu oskarżenia, również może być upoważniony do reprezentowania gminy przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

WNIOSEK DO POLICJI O WSZCZĘCIE DOCHODZENIA

(wzór pisma)

.....

(miejscowość, data)

.....

(sygnatura – nr sprawy w Urzędzie)

Komisariat Policji w.....

Działając na podstawie art. 4¹ ust. 1 pkt 6 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jako oskarżyciel publiczny, przesyłam w załączeniu protokół (np. z przeprowadzonej przez straż miejską lub gminną komisję kontroli tablic reklamowych itp.) w celu wszczęcia i przeprowadzenia w tej sprawie dochodzenia z art. 45² w zbiegu z art. 13¹ wspomnianej ustawy. Załączona notatka (protokół) wraz z dokumentacją fotograficzną potwierdzają fakt popełnienia występkę przewidzianego w art. 45². W toku dochodzenia proszę o: ustalenie sprawcy czynu, przesłuchanie świadków, ustalenie danych o karalności podejrzanego(-ych), wykonanie innych czynności niezbędnych w sprawie (np. uzyskanie innych dowodów w sprawie, takich jak zakres obowiązków pozwalających wskazać osoby odpowiedzialne za określone działania itd.), sporządzenie, na podstawie art. 474 par. 1 k.p.k., projektu aktu oskarżenia, zaś w przeciwnym wypadku o nadesłanie aktu oskarżenia do naszej dyspozycji w nieprzekraczalnym terminie przewidzianym w art. 474 par. 2 k.p.k.

.....

(podpis wnioskodawcy – wójta, burmistrza lub osoby upoważnionej)

Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie Centrów Integracji Społecznej

Jednym z zadań własnych samorządów gminnych realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów (określonych w art. 4¹ ust. 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) jest wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej. Zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z dnia Nr 122, poz. 1142 z późniejszymi zmianami) Centrum Integracji Społecznej (CIS) może być tworzone m.in. przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. Działa wówczas w formie gospodarstwa pomocniczego, zgodnie z przepisami o finansach publicznych. Zgodnie z art. 10 ust. 1 ww. ustawy działalność CIS finansowana jest m.in. z dotacji pochodzącej z dochodów własnych gminy, przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy jednak zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 1 ust. 2 ww. ustawy przepisy niniejszej ustawy stosują się do CIS, a co za tym idzie w zajęciach reintegracyjnych oferowanych przez CIS mogą uczestniczyć:

- bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;
- uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;
- chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
- długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

W opinii PARPA finansowanie funkcjonowania CIS ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może być jedynie proporcjonalne do udziału w oferowanych przez nie zajęciach reintegracyjnych osób uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego.

Realizacja tego zadania może się odbywać również poprzez wspieranie innych przedsięwzięć mających na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i mar-

ginalizacji oraz na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin, np. klubów integracji społecznej czy klubów pracy.

Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 147, poz. 1321 ze zm.) ustanawia w art. 22 zasadę dobrowolności leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. Zgodnie z przytoczonym przepisem wszelkie odstępstwa od tej zasady mają charakter wyjątkowy i muszą być uregulowane ustawą. Jednym z wyjątków od zasady dobrowolności jest instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego uregulowana w art. 24–36 ustawy.

Do zadań własnych gminy, na mocy art. 41 ust. 3 oraz art. 25 i art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, należy powołanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, na której spoczywa obowiązek podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Zgodnie z art. 24 ustawy postępowanie zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego dotyczy osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samoistnej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego, lecz stanowi temu towarzyszyć muszą także określone negatywne zachowania w sferze społecznej.

O zastosowaniu ww. procedury wobec osoby uzależnionej stanowi sąd rejonowy, właściwy miejscu zamieszkania lub przebywania.

Do zadań gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach działań wynikających z instytucji prawnej zobowiązania do leczenia należy:

- przyjęcie zgłoszenia o przypadku wystąpienia nadużywania alkoholu z jednoczesnym wystąpieniem przesłanek z art. 24 ustawy,
- wezwanie na rozmowę osoby, co do której wpłynęło zgłoszenie i pouczenie jej o konieczności zaprzestania działań wymienionych w art. 24 ustawy i/lub poddania się leczeniu odwykowemu. Należy podkreślić, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, to zarówno wezwania, jak i wszelkie inne pisma urzędowe kierowane do strony w toku tego postępowania powinny spełniać wymogi formalne wskazane w tym akcie;
- jeżeli osoba wezwana nie zgodzi się dobrowolnie poddać leczeniu, a wstępne czynności przeprowadzone w sprawie uzasadniają kontynuowanie postępowania, uzasadnione jest skierowanie takiej osoby na badanie przez biegłych (psycholog i psychiatra), w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 ustawy);

- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu, o ile do takiej rozmowy doszło, dokumenty pochodzące z wywiadu środowiskowego, inne informacje w sprawie, takie jak: informacje od policji, pedagoga szkolnego i inne; jeśli osoba uzależniona nie stawiała się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, do wniosku należy dołączyć informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (ilość i terminy wezwań wraz z informacją o niestawieniu się osoby wzywanej); wywiad środowiskowy ma prawo przeprowadzić jedynie osoba do tego uprawniona, tj. pracownik socjalny;
- złożenie wniosku o wszczęciu postępowania do sądu rejonowego właściwego miejscu zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy (art. 26 ust. 3 ustawy); zgodnie z art. 511 w zw. z art. 187 Kodeksu postępowania cywilnego wniosek powinien zawierać oznaczenie sądu, do którego jest kierowany, oraz imiona i nazwiska uczestników postępowania; oznaczenie rodzaju pisma; dokładne określenie żądania oraz przytoczenie okoliczności faktycznych uzasadniających; pismo to może również zawierać wnioski o wezwanie na rozprawę określonych świadków lub biegłych, żądania dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich.

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398) od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego pobiera się opłatę stałą w wysokości 40 zł. Zgodnie z art. 96 ust. 1 w/w ustawy wymóg ten nie dotyczy sytuacji, gdy stroną składającą wniosek jest prokurator. Podobnie sytuacja ma się z innymi kosztami postępowania, w tym przede wszystkim z kosztami sporządzenia opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że zgodnie z art. 103 ustawy o kosztach sądowych sąd może zwolnić jednostkę organizacyjną nie będącą osobą prawną (a więc także gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych) od kosztów sądowych, gdy zdoła ona wykazać, że nie ma dostatecznych środków na ich uiszczenie. Wniosek o przyznanie zwolnienia od kosztów sądowych należy zgłosić na piśmie lub ustnie do protokołu w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy.

Uwagi dotyczące instytucji zobowiązania do leczenia odwykowego

- Postanowienie o zobowiązaniu do leczenia odwykowego zapada w trybie nieprocesowym (art. 26 ust. 2 ustawy), co oznacza, że w przeciwieństwie do postępowania procesowego, nie występują w nim przeciwstawne sobie strony, lecz uczestnicy, których udział w sprawie uzależniony jest od faktu, że mają oni interes prawny w sposobie rozstrzygnięcia sprawy. O uzyskaniu statusu uczestnika orzeka sąd w drodze postanowienia, na które przysługuje zażalenie.

- Funkcja społeczna instytucji zobowiązania do leczenia jest funkcją polegającą na instytucjonalnym motywowaniu do podjęcia terapii odwykowej. Zobowiązanie nie ma charakteru przymusu w sensie prawnym. Przymus polegający na doprowadzeniu przez policję można zastosować zgodnie z zapisami ustawy na etapie doprowadzania osoby uzależnionej od alkoholu na badanie przez biegłych, o ile odbywa się na zlecenie sądu, na rozprawę w sądzie i do zakładu leczniczego na podjęcie kuracji za każdym razem, gdy oddali się ona samowolnie z zakładu. Nie ma jednak możliwości prawnych ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w takim zakładzie wbrew jego woli. Zarazem jednak należy podkreślić, że z brzmienia ust. 1 art. 32 ustawy wynika w sposób nie budzący wątpliwości, że osoba, wobec której wydano postanowienie, jest obowiązana stawić się w zakładzie lecznictwa odwykowego „w celu poddania się leczeniu”. Oznacza to, że wydanie postanowienia o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zastępuje obowiązek uzyskania zgody pacjenta.
- Podstawowym celem terapii uzależnienia od alkoholu jest uzyskanie poprawy zdrowia pacjenta. Jest on realizowany zarówno wobec pacjentów zobowiązanych do leczenia przez sąd, jak i wobec pacjentów zgłaszających się dobrowolnie do zakładów lecznictwa odwykowego. Oczekiwanym efektem terapii uzależnienia od alkoholu jest trwałe zachowanie abstynencji od alkoholu przez pacjenta, nauka zapobiegania nawrotom i poprawa zdrowia psychicznego.
- Celem pobytu w zakładzie odwykowym nie jest izolacja pacjenta od otoczenia, a więc także ochrona rodziny przed przemocą domową stosowaną przez pacjenta. Ten cel musi być realizowany w inny sposób, chociaż zobowiązanie do leczenia może być jednym z elementów pomagania ofiarom przemocy.
- Zakłady lecznictwa odwykowego nie pełnią roli aresztów. Ochronę rodziny osoby uzależnionej przed przemocą powinien zapewnić system lokalny rozwiązywania problemów alkoholowych, koordynowany przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych i wspierany przez wymiar sprawiedliwości. Leczenie odwykowe sprawcy przemocy czy osoby zakłócającej porządek publiczny w związku z nadużywaniem alkoholu nie może być proponowane jako jedyny rodzaj oddziaływań w sytuacji wystąpienia przemocy w rodzinie.
- Badania ankietowe wskazują, że około jedna piąta wszystkich pacjentów kończących programy terapii uzależnienia od alkoholu to pacjenci zobowiązani do leczenia przez sąd, co stanowi przesłankę do podjęcia działań mających w konsekwencji skutkować zobowiązaniem do leczenia. Wiele osób nie trafiłoby do leczenia, gdyby nie zobowiązanie sądowe.

Biegli sądowi

Od 8 września 2004 roku obowiązuje, wydane na podstawie delegacji określonej w art. 28 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2004 r. w sprawie trybu powo-

tywania biegłych, zasad sporządzania opinii oraz warunków i sposobu dokonywania badań w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. Nr 183, poz. 1895).

Listy biegłych orzekających w przedmiocie uzależnienia od alkoholu znajdują się w Sądzie Okręgowym u Prezesa Sądu Okręgowego. Kandydatów do listy, po uprzednim uzyskaniu ich pisemnej zgody, zgłasza kierownik wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, działając w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii. Lista biegłych zostaje następnie opublikowana w Wojewódzkim Dzienniku Urzędowym w ciągu miesiąca od dnia zatwierdzenia przez Prezesa Sądu Okręgowego. Biegłych powołuje się na okres trzech lat, przy czym okres ustanowienia upływa z końcem trzeciego roku kalendarzowego.

Zgodnie z rozporządzeniem osoba, wobec której wszczęto postępowanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, jest poddawana badaniu psychologicznemu i psychiatrycznemu.

Wynik tych badań – stanowiący opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu – ma służyć sądowi za podstawę do ewentualnego orzeczenia o obowiązku poddania się przez tę osobę leczeniu odwykowemu.

Opinia w przedmiocie uzależnienia od alkoholu powinna składać się z dwóch odrębnych części sporządzonych przez biegłego psychiatrę oraz psychologa, ujętych w formie jednego dokumentu. Każdy z biegłych działa zgodnie z zakresem swojej specjalności. Nie wyklucza to ewentualnej różnicy między biegłymi co do orzeczenia w kwestii uzależnienia od alkoholu. Opinia biegłych podlega w dalszym postępowaniu ocenie sądu. W sytuacji niemożności wydania opinii o fakcie uzależnienia biegli mogą skorzystać z opinii specjalisty psychoterapii uzależnień.

Dodany nowelizacją art. 28a Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ujednocila przepisy dotyczące powoływania biegłych i zasad sporządzania opinii dla postępowań prowadzonych przed sądem powszechnym oraz przed gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych, co w perspektywie doprowadzi do usunięcia wątpliwości dotyczących sporządzania opinii w trybie art. 25 w/w ustawy. Zgodnie z przedmiotową nowelizacją dotychczas obowiązujące rozporządzenie przestanie obowiązywać z dniem 31 grudnia 2007 r. Projekt nowego rozporządzenia nie jest jeszcze w chwili obecnej znany, nie należy jednak oczekiwać, iż rozwiązania przyjęte w nowym rozporządzeniu będą zasadniczo odbiegać od wyżej opisanych regulacji.

Kompetencje członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Gminna komisja jest powoływana na podstawie art. 4¹ ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przez wójta/burmistrza/prezydenta miasta. W skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzi osoba przeszkolona w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 4¹ ust. 4 ww. ustawy), a zasady wynagradzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych określa rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 4¹ ust. 5 ww. ustawy). Do ustawowych zadań gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych należy:

- inicjowanie działań w zakresie realizacji zadań własnych gminy związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych;
- podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego;
- opiniowanie wydawania zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych pod względem zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałami rady gminy, o których mowa w art. 12 ust. 1 i 2 ustawy (limit i lokalizacja punktów, w których sprzedawane i podawane są napoje alkoholowe);
- kontrola przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych (na podstawie upoważnienia wystawionego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, art. 18 ust. 8 ww. ustawy).

Ustawodawca nie definiuje precyzyjnie zakresu szkoleń dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, których ukończeniem winien legitymować się członek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Niemniej jednak wydaje się zasadnym, aby ich podstawowy zakres pokrywał się z zadaniami wyznaczonymi przez ustawę do realizacji przez gminną komisję.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z gronem ekspertów opracowała ramowy, 44-godzinny program szkolenia dla członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych dostępny w całości na stronie www.parpa.pl

Pożądane jest, aby w skład komisji wchodziły osoby o różnych uzupełniających się kompetencjach oraz przedstawiciele służb z terenu gminy, którzy mogą bezpośrednio włączyć się w realizację gminnego programu (m.in. policjanci, pracownicy socjalni, przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich, szkół, służby zdrowia, także personel poradni odwykowych). Dobrym rozwiązaniem jest podział komisji na zespoły problemowe, np. zespół ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie czy zespół ds. motywowania do leczenia. Pozwoli to na uczestnictwo poszczególnych członków komisji w działaniach zgodnych z ich kompetencjami w danej dziedzinie.

Gminna komisja przeprowadzając rozmowę motywującą do podjęcia leczenia odwykowego może zaprosić osoby z zewnątrz – profesjonalistów przygotowanych do motywowania i nawiązywania kontaktu psychologicznego. Mogą to być terapeuci, psychologowie, certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień czy instruktorzy terapii uzależnień. Ważne, aby były to osoby zajmujące się na co dzień pracą z uzależnionymi.

Gminna komisja powinna ściśle współpracować z gronem ekspertów, którzy mogą pomóc w doskonaleniu metod rozwiązywania problemów związanych z alkoholem. Grupa ta będzie może pełnić funkcje doradczo-konsultacyjne, a tym samym zapewni wsparcie dla gminnego programu.

Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych nie jest komisją rady gminy w rozumieniu art. 21 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym.

Porozumienia gminne

W przypadku, gdy gmina realizując gminny program rozwiązywania problemów alkoholowych uzna, iż dla prawidłowego wykonania programu potrzebne jest zawarcie porozumienia z innymi gminami (inną gminą), zawiera opierając się na art. 74 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. (Dz.U. z 2001 r., Nr 142, poz. 1591) o samorządzie gminnym porozumienie międzygminne. Zadania powierzone do realizacji na podstawie zawartego porozumienia charakteryzują się udziałem innych gmin w kosztach realizacji powierzonych zadań. Dodatkowo gmina wykonująca zadania publiczne, objęte porozumieniem, przyjmuje prawa i obowiązki innych gmin.

Do zawarcia porozumienia międzygminnego niezbędne jest wyrażenie woli zawarcia tego porozumienia przez radę gminy w drodze uchwały, w oparciu o przepis art. 18 ust. 2 pkt 12 ustawy o samorządzie gminnym. Wykonanie uchwały rady gminy odbywa się w trybie art. 46 wspomnianej wyżej ustawy, poprzez złożenie przez wójta lub burmistrza (prezydenta miasta) lub ich zastępców (działających samodzielnie albo z innymi osobami) stosownych oświadczeń woli, których skuteczność warunkuje kontrasygnata skarbnika gminy lub osoby przez niego upoważnionej.

Sposób finansowania zadania określonego w porozumieniu międzygminnym określa w sposób ogólny przepis art. 46 ustawy z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 205, poz. 1966 z późn. zm.), zgodnie z którym jednostka samorządu terytorialnego realizująca zadania z zakresu działania innych jednostek samorządu terytorialnego, na mocy porozumień zawartych z tymi jednostkami, otrzymuje od tych jednostek dotacje celowe w kwocie wynikającej z zawartego porozumienia, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej.

POROZUMIENIE

zawarte w dniu..... r. w.....

..... pomiędzy: **Gminą „A”** -.....

z siedzibą....., reprezentowaną przez

....., zwaną dalej.....

....., a **Gminą „B”** -.....,

z siedzibą....., reprezentowaną przez

....., zwaną dalej.....

Na podstawie:

1. art. 74 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591, z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271, Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 80, poz. 717, Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055, Nr 116, poz. 1203, z 2005 r. Nr 172, poz. 1441, Nr 175, poz. 1457, z 2006 r. Nr 17, poz. 128),
2. art. 46–48 ustawy z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 203, poz. 1966 z późn. zm.),
3. art. 4¹ ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231, Nr 167, poz. 1372, z 2003 r. Nr 80, poz. 719, Nr 122, poz. 1143, z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 99, poz. 1001, Nr 152, poz. 1597, Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 23, poz. 186, Nr 132, poz. 1110, Nr 155, poz. 1298, Nr 179, poz. 1485),
4. uchwały Nr.....,
5. uchwały Nr.....

§ 1

Gmina „A” powierza, a **Gmina „B”** przyjmuje do wykonywania zadania w zakresie prowadzenia Punktu Konsultacyjnego dla rodzin z problemem alkoholowym, zwanym dalej „**Punktem Konsultacyjnym**”, do zadań którego należało będzie w szczególności:

1.....,

2.....,

3.....,

4.....,

5.....,

§ 2

1. W ramach wykonywania zadań objętych Porozumieniem **Gmina „B”** odpowiada za organizację i funkcjonowanie, a w szczególności zapewni możliwość korzystania ze wszystkich usług **Punktu Konsultacyjnego** wszystkim mieszkańcom **Gminy „A”** na jednakowych zasadach.
2. **Gmina „B”** zobowiązuje się wykonywać wszystkie zadania objęte Porozumieniem z zachowaniem zasad określonych właściwymi przepisami i w sposób zapewniający mieszkańcom **Gminy „A”** dogodny dostęp do usług **Punktu Konsultacyjnego**, w szczególności przez ustalenie dogodnych dni i godzin pracy **Punktu Konsultacyjnego** również w godzinach popołudniowych oraz zatrudnienie odpowiedniej liczby specjalistów.

§ 3

1. **Gmina „B”** zobowiązuje się do wyłaniania kierownika **Punktu Konsultacyjnego** w drodze konkursu i do zapewnienia udziału w komisji konkursowej przedstawicieli wyznaczonych przez **Gminę „A”** w liczbie co najmniej $\frac{1}{3}$ składu komisji konkursowej.
2. **Gmina „B”** zobowiązuje się do zasięgnięcia opinii **Gminy „A”** przed powołaniem i odwołaniem kierownika Punktu Konsultacyjnego.
3. Wójt/Burmistrz **Gminy „B”** zwraca się pisemnie do **Gminy „A”** o wyznaczenie przedstawicieli do komisji konkursowej i o wydanie opinii w sprawach, o których mowa w ust. 2, wyznaczając termin nie krótszy niż 14 dni. Niewskazanie przedstawicieli lub niewyrażenie opinii w wyznaczonym terminie oznacza rezygnację z tego prawa.

§ 4

1. Na realizację zadań objętych Porozumieniem **Gmina „A”** przekaże **Gminie „B”** dotację. Dotacja w pierwszym roku kalendarzowym obowiązywania Porozumienia wynosi..... zł (słownie.....) i może podlegać corocznie podwyższeniu o.....
2. Dotacja będzie przekazywana w 12 równych ratach miesięcznych, przelewem na rachunek bankowy **Gminy „B”**, w terminie do 15 dnia każdego miesiąca.
3. Środki wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem podlegają zwrotowi na rachunek bankowy **Gminy „A”** najpóźniej do.....
4. Dotacja za niepełny rok ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu w stosunku do liczby dni obowiązywania Porozumienia.

§ 5

1. **Gmina „A”** ma prawo kontroli prawidłowości wykonywania zadań objętych Porozumieniem.

2. W ramach prawa do kontroli **Gmina „B”** jest zobowiązane udzielić **Gminie „A”** wszystkich informacji dotyczących działalności **Punktu Konsultacyjnego** oraz zapewnić przedstawicielowi **Gminy „A”** przeprowadzenie kontroli budynków i dokumentów Punktu Konsultacyjnego, w tym wstępu do pomieszczeń, wglądu do dokumentacji z prawem żądania kopii dokumentów.
3. O zamierzonej kontroli **Gmina „A”** zobowiązana jest powiadomić **Gminę „B”** na co najmniej..... dni robocze wcześniej.

§ 6

1. Porozumienie zawarte zostaje na.....
2. Każda ze stron może rozwiązać Porozumienie za trzymiesięcznym pisemnym wypowiedzeniem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. W razie rażącego naruszenia przez jedną ze stron postanowień Porozumienia lub nienależytego wykonywania obowiązków, druga strona ma prawo rozwiązać Porozumienie bez zachowania terminu wypowiedzenia przez oświadczenie złożone na piśmie.

§ 7

1. Ze strony **Gminy „A”** osobą bezpośrednio odpowiedzialną za realizację umowy jest.....
2. Ze strony **Gminy „B”** osobą bezpośrednio odpowiedzialną za realizację umowy jest.....

§ 8

Porozumienie wchodzi w życie od dnia..... i podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa.....

§ 9

Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa dla każdej Strony.

§ 10

Zmiany niniejszego Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Gmina „A”

Gmina „B”

Najczęściej zadawane pytania dotyczące korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych

Czy 6-miesięczny zakaz ubiegania się wydanie zezwolenia, ze względu na niezłożenie oświadczenia lub niedokonanie opłaty, obowiązuje również w innych punktach sprzedaży prowadzonych przez przedsiębiorcę?

Zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych stanowi decyzję administracyjną składającą się z kilku zasadniczych elementów, do których należy między innymi określić:

1. przedsiębiorcy,
2. miejsca w którym przedsiębiorca korzysta z zezwolenia,
3. rodzaju napoju alkoholowego na który zostało udzielone zezwolenie,
4. rodzaju działalności objętej zezwoleniem (sprzedaż do spożycia w miejscu lub poza miejscem sprzedaży).

Jednym z istotniejszych – pośród wskazanych wyżej elementów zezwolenia – jest określenie miejsca, w którym będzie prowadzona sprzedaż, świadczą o tym przede wszystkim:

1. określenie właściwości organu zezwalającego zgodnie z lokalizacją punktu sprzedaży, por. art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, dalej – ustawa.),
2. wymóg uzyskania pozytywnej opinii gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych o zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z odpowiednimi uchwałami rady gminy, por. art. 18 ust. 3a ustawy,
3. określenie jako jednego z warunków korzystania z zezwolenia – wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie objętym zezwoleniem tylko przez przedsiębiorcę w nim oznaczonego i **wyłącznie w miejscu wymienionym w zezwoleniu**, por. art. 18 ust. 7 pkt 6 ustawy.

Powyższe stanowisko znajduje potwierdzenie w orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który w wyroku z dnia 14 marca 1997 r. (sygn. art. – II SA 1156/96) w uzasadnieniu do wyroku podniósł, iż zezwolenie na sprzedaż alkoholu jest decyzją o charakterze przedmiotowo-podmiotowym, wydaje się je bowiem dla indywidualnie oznaczonej osoby (fizycznej lub prawnej) i dla konkretnie określonego miejsca.

Odnosząc się, zatem do konkretnej sytuacji, w której przedsiębiorca nie składa oświadczenia o wartości sprzedaży lub nie wnosi w terminie opłaty za korzystanie z zezwolenia, zaś organ zezwalający wygasza wyłącznie zezwolenie, którego dotyczy przesłanka wygaszenia (por. art. 18 ust. 12 pkt 5 ustawy). Stosując sankcję,

określoną w art. 18 ust. 13 ustawy, polegającą na uniemożliwieniu przedsiębiorcy ubiegania się o wydanie zezwolenia przez okres 6 miesięcy od wydania decyzji o wygaszeniu zezwolenia, stosuje się ją wyłącznie w odniesieniu do zezwolenia za korzystanie, z którego przedsiębiorca nie zapłacił, nie zaś do pozostałych zezwoleń, z których być może korzysta on tak w omawianym, jak i innych prowadzonych przez siebie punktach sprzedaży.

Co oznacza pojęcie „organizacji przyjęć”, użyte w art. 181 ust. 4 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi?

Zgodnie z art. 181 ust. 4 ustawy, zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych na okres do 2 lat mogą być wydane przedsiębiorcom prowadzącym działalność polegającą na organizacji przyjęć. Celem wprowadzenia do wspomnianej ustawy omawianego przepisu było umożliwienie wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przedsiębiorcom prowadzącym działalność **kateringową**. Została ona sklasyfikowana w sekcji „H” części II – „Schemat klasyfikacji” – załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z 20 stycznia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 33, poz. 289 z późn. zm.), jako odrębną podklasę (55.52.Z) przewidziano **prowadzenie działalności polegającej na przygotowywaniu i dostarczaniu żywności dla odbiorców zewnętrznych (katering)**. W części III – „Wyjaśnienia” – załącznika do wspomnianego wyżej rozporządzenia wyjaśniono, iż podklasa ta obejmuje:

- **przygotowywanie i dostarczanie żywności i napojów dla odbiorców zewnętrznych**, np. dla:
 - linii lotniczych,
 - jadłodajni obwoźnych,
 - szpitali,
- **uroczystości weselnych i pozostałych uroczystości okolicznościowych**.

W związku z powyższym należy uznać, iż sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych podczas organizowanych imprez może odbywać się w oparciu o omawiane wyżej zezwolenia.

Co oznacza pojęcie „szkoła”, oraz jak należy dokonywać pomiaru odległości od szkół lub innych miejsc wyznaczonych w uchwale rady gminy (miasta) określającej strefy ochronne?

Szkoła nie ogranicza się jedynie do obiektu, w którym odbywają się zajęcia edukacyjne, ale obejmuje również całość należącego do szkoły terenu, na którym znajduje się wspomniany obiekt oraz pozostałe budynki (przykładowo – sala gimnastyczna, aula).

Problem podobnej natury stał się przedmiotem orzecznictwa Naczelnego Sądu Administracyjnego – Ośrodek Zamiejscowy w Białymstoku, który w wyroku z dnia 21 marca 2002 r. (sygnatura akt – SA/Bk 1278/2001, który w sentencji wyroku zauważył, że cyt: „Gdy chodzi o pojęcie, czy definicję „obiekту szkoły” jako obiektu chronio-

nego nie można mieć wątpliwości, iż chodzi tu nie tylko o budynek szkoły, ale także teren wokół, czy przy szkole, z którego korzystają uczniowie gimnazjum (boisko, trawniki, place gier). Stąd w istocie granica obiektów takich jak szkoła jest równoznaczna z granicą posesji, na której usytuowany jest budynek szkoły. Nie można w każdym bądź razie utożsamiać pojęcia obiektu szkoły jedynie z budynkiem szkoły. Stąd granica szkoły jako obiektu chronionego jest równoznaczna z granicą posesji, terenu na którym znajduje się budynek szkoły i inne urządzenia służące uczniom do rekreacji i sportu”.

W związku z powyższym odległość punktu sprzedaży od między innymi szkół powinna być mierzona nie od obiektu (szkoły), a od granicy terenu na którym obiekt został usytuowany. W sytuacji, gdy uchwała nie określa sposobu dokonywania pomiaru odległości, celem wyjaśnienia wątpliwości można zatem ponownie odwołać się do orzecznictwa, którego problem był przedmiotem. Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 marca 2005 r. (sygnatura akt – VI S.A./Wa 963/04; ZNSA 2005/2-3/108), ustalone przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, działającą na podstawie art. 18 ust. 3a ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 ze zm.), odległości pomiędzy punktami sprzedaży napojów alkoholowych a obiektami o szczególnym znaczeniu, takimi jak m.in. szkoły, **powinny być mierzone wzdłuż osi dróg publicznych, przy których są one usytuowane**, nie zaś przez nieruchomości należące do osób prywatnych.

Na terenie szkół obowiązuje bezwzględny zakaz sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych. Bezwzględny charakter zakazu wynika między innymi z faktu, iż obowiązuje on również w czasie wolnym od pracy lub nauki. Stąd organizacja na terenie szkoły wszelkiego rodzaju imprez połączonych z podawaniem napojów alkoholowych jest nielegalna, zaś osoby spożywające w tym miejscu alkohol popełniają wykroczenie, o którym mowa w art. 431 ustawy.

Czy przedsiębiorca korzystający z zezwolenia na sprzedaż piwa może otrzymać zezwolenie jednorazowe na sprzedaż napojów alkoholowych o wyższej zawartości alkoholu?

Zgodnie z art. 181 ust. 1 ustawy, jednorazowe zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych mogą być wydawane przedsiębiorcom **posiadającym zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych** oraz jednostkom ochotniczych straży pożarnych. Przepis nie precyzuje, z jakiego rodzaju zezwoleń muszą korzystać przedsiębiorcy ubiegający się o wydanie zezwolenia jednorazowego, co oznacza że zezwolenie jednorazowe mogą otrzymać zarówno przedsiębiorcy korzystający z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu, jak i poza miejscem sprzedaży, na sprzedaż napojów alkoholowych o dowolnej zawartości alkoholu.

Co należy rozumieć pod pojęciem „ogródka piwnego”?

Pojęcia takie jak „ogródek piwny” czy „kawiarenka letnia” nie zostały użyte w przepisach ustawy, zawierającej normy regulujące między innymi zasady wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz warunki i zasady prowadzenia sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych. Używane są one wyłącznie w języku

potocznym do określenia miejsc spożywania między innymi napojów alkoholowych na zewnątrz punktów sprzedaży gastronomicznej tych napojów. Prowadzenie „ogródka” odbywa się na podstawie zezwolenia udzielonego przedsiębiorcy na prowadzenie punktu sprzedaży gastronomicznej, do którego bezpośrednio przylega taki „ogródek”. „Ogródki” działające samodzielnie lub w oddaleniu od punktu sprzedaży gastronomicznej powinny być traktowane jako osobne punkty sprzedaży, działające na podstawie odrębnych zezwoleń.

Czy można wydać zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych w tzw. „ogródku piwnym” zlokalizowanym przed sklepem?

Z racji funkcjonowania dwóch rodzajów zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, do spożycia w miejscu oraz poza miejscem sprzedaży, należy przyjąć założenie, iż **„ogródki piwne” na wolnym powietrzu mogą być tworzone jedynie jako integralna część (przedłużenie) punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży, czyli gastronomicznych.**

Za takim traktowaniem problemu świadczy również fakt, iż ustawa nie definiuje, użytego w art. 18 ust. 6 pkt 2 pojęcia – „**lokalu stanowiącego punkt sprzedaży**”. Omawiane pojęcie nie zostało również zdefiniowane w żadnym obowiązującym przepisie prawa.

Pojęcie lokalu, które może zostać zastosowane jako wskazówka interpretacyjna określono między innymi w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 24 czerwca 1994 r. o własności lokali (tekst jednolity – Dz. U. z 2000 r. Nr 80, poz. 903 z późn. zm.), zgodnie, z którym, cyt.: „Samodzielnym lokalem mieszkalnym, w rozumieniu ustawy, jest **wydzielona trwałymi ścianami w obrębie budynku izba lub zespół izb** przeznaczonych na stały pobyt ludzi, które wraz z pomieszczeniami pomocniczymi służą zaspokajaniu ich potrzeb mieszkaniowych. **Przepis ten stosuje się odpowiednio również do samodzielnych lokali wykorzystywanych zgodnie z przeznaczeniem na cele inne niż mieszkalne**”.

Definicję **budynku** określa zaś art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity – Dz. U. z 2006 Nr 156, poz. 1118 z późn. zm.), jako taki obiekt budowlany, który jest trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych oraz posiada fundamenty i dach.

Oznacza to, że przedsiębiorca starający się o wydanie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych w ogródku piwnym zlokalizowanym przed sklepem, a nie mieszczącym się w budynku, napotka na problem związany z przedłożeniem „**tytułu prawnego do lokalu stanowiącego punkt sprzedaży**”. Jednocześnie należy w tym miejscu wspomnieć, iż nie ma przeszkód formalnych, by w tym samym miejscu (lokalu) funkcjonował na podstawie odrębnego zezwolenia lokal gastronomiczny oraz punkt sprzedaży detalicznej.

Czy przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy napojami alkoholowymi może otrzymać zezwolenie jednorazowe?

Zgodnie z art. 181 ust. 1 ustawy, przedsiębiorcom posiadającym zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych oraz jednostkom ochotniczych straży pożarnych

mogą być wydawane jednorazowe zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Wspomniana wyżej ustawa w odniesieniu do sprzedaży hurtowej operuje pojęciem – „obrotu hurtowego”, które zostało zdefiniowane w art. 21 pkt 7 ustawy, zaś w odniesieniu do sprzedaży detalicznej, pojęciem – „sprzedaży napojów alkoholowych”.

W związku z powyższym należy uznać, że do uzyskania zezwolenia jednorazowego uprawniono wyłącznie przedsiębiorców posiadających zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych oraz jednostki ochotniczych straży pożarnych, co oznacza, że przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy nie może uzyskać wspomnianego wyżej zezwolenia.

Czy przedsiębiorca jest zobowiązany pobrać zaświadczenie o dokonaniu opłaty za korzystanie z zezwoleń oraz czy ma obowiązek uiścić związaną z tym opłatę skarbową?

Zgodnie z art. 18 ust. 7 pkt 4 ustawy, jednym z warunków korzystania z zezwolenia jest w terminach do dnia 1 lutego, 1 czerwca, 1 października każdego roku kalendarzowego objętego zezwoleniem, okazanie przedsiębiorcy zaopatrującemu dany punkt sprzedaży napojów alkoholowych odpowiedniego zaświadczenia potwierdzającego dokonanie opłaty za korzystanie z zezwoleń wydanego przez gminę. Zgodnie zaś z art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy, nieprzestrzegania określonych w ustawie warunków sprzedaży napojów alkoholowych, stanowi przesłankę cofnięcia zezwolenia.

Tryb wydawania zaświadczeń regulują przepisy art. 217 i następane Kodeksu postępowania administracyjnego, który stanowi, iż organ administracji publicznej wydaje zaświadczenie na żądanie osoby ubiegającej się o zaświadczenie, co powoduje sytuację w której organ wydający zaświadczenie jest obowiązany pobrać opłatę skarbową zgodnie z art. 1 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. Nr 225, poz. 1635 z późn. zm.), w wysokości 17 zł, określonej w pkt 21 części II załącznika do wspomnianej wyżej ustawy.

Czy zgoda właściciela, użytkownika lub administratora na prowadzenie sprzedaży napojów alkoholowych w budynku mieszkalnym wielorodzinnym mieści się w pojęciu zwykłego zarządu?

Czynność polegająca na wyrażeniu przez te osoby omawianej zgody – **przekracza zakres zwykłego zarządu.**

Należy odnieść się w tym miejscu również do przepisu art. 19 ustawy o własności lokali, zgodnie z którym w przypadku, gdy liczba lokali wyodrębnionych i lokali niewyodrębnionych, należących nadal do dotychczasowego właściciela, **nie jest większa niż siedem**, do zarządu nieruchomością wspólną mają odpowiednie zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego i Kodeksu postępowania cywilnego o współwłasności. Kodeks cywilny reguluje zaś problematykę czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu w art. 199 w taki sposób, iż do rozporządzania rzeczą wspólną oraz do innych czynności, które przekraczają zakres zwykłego zarządu, potrzebna jest zgoda wszystkich współwłaścicieli. W braku takiej zgody współwłaściciele, których udziały wynoszą co najmniej połowę, mogą żądać rozstrzygnięcia

przez sąd, który orzeknie mając na względzie cel zamierzonej czynności oraz interesy wszystkich współwłaścicieli.

Jak przedstawia się sposób wnoszenia rat za korzystanie z zezwoleń?

Zgodnie z art. 111 ust. 7 ustawy, wspomniana wyżej opłata wnoszona jest na rachunek gminy w każdym roku kalendarzowym objętym zezwoleniem w trzech równych ratach w terminach do 31 stycznia, 31 maja i 30 września danego roku kalendarzowego. Oznacza to, iż przedsiębiorcy wnoszą opłatę „z góry” za kolejny okres ratalny.

W przypadku, gdy przedsiębiorca uiszczył w terminie do 31 maja opłatę **za okres do końca września danego roku kalendarzowego**, a nie wniósł następnej raty opłaty do dnia 30 września, skutkuje to wygaszeniem zezwolenia z mocy prawa, por. art. 18 ust. 12 pkt 5 wspomnianej ustawy. Jednakże brak podstaw do żądania od przedsiębiorcy wniesienia opłaty za miesiąc wrzesień, gdyż została ona wcześniej uiszczona.

Użyte w art. 111 ust. 7 ustawy wyrażenie „w trzech równych ratach” odnosi się do **wysokości kwoty** poszczególnych rat, a nie do długości trwania okresu ratalnego. Niemożność dokonania przez ustawodawcę podziału roku kalendarzowego na trzy raty równe ze względu na długość okresu wynika z faktu, iż miesiąc styczeń został przewidziany jako okres wystarczający ze względów technicznych na obliczenie i przedłożenie organowi zezwalającemu, oświadczeń o wartości sprzedaży napojów alkoholowych w roku ubiegłym. Jest to również jedyny miesiąc, za który przedsiębiorca płaci po jego upływie, czyli „z dołu”.

Czy przedsiębiorca może korzystać z zezwolenia w podnajętym lokalu?

Zgodnie z art. 668 § 1 Kodeksu cywilnego najemca może rzecz najętą oddać w całości lub części osobie trzeciej do bezpłatnego używania albo w **podnajem**, jeżeli umowa mu tego nie zabrania. Wspomniany wyżej przepis ma zastosowanie również do najmu lokali (por. 680 Kc).

W związku z powyższym, przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą w lokalu najmowanym lub podnajętym na podstawie umowy cywilnoprawnej posiada tytuł prawny do lokalu stanowiącego punkt sprzedaży napojów alkoholowych, o którym mowa w art. 18 ust. 6 pkt 2 ustawy, co oznacza, że może prowadzić tego rodzaju działalność **pod warunkiem spełnienia pozostałych wymogów określonych we wspomnianej wyżej ustawie**.

Jak najbliższy członek rodziny przedsiębiorcy może stać się sukcesorem obowiązków związanych z korzystaniem z zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych?

Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy, zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych może być wydane na wniosek wyłącznie przedsiębiorcy. Pojęcie przedsiębiorcy zostało natomiast zdefiniowane w przepisie art. 4 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 173, poz. 1807 z późn. zm.), zgodnie z którym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą, jak również wspólnicy spółki cywilnej.

Zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych w danym punkcie sprzedaży stanowi decyzję administracyjną, której zasadniczym elementem jest wskazanie w jej treści strony postępowania, a zatem wnioskującego o nie przedsiębiorcy. W związku z powyższym przestrzeganie warunków korzystania z zezwolenia, w tym również wnoszenie stosownych opłat, stanowi obowiązek wyłącznie przedsiębiorcy z niego korzystającego, zaś po zakończeniu działalności (wygaszeniu decyzji) nie może przechodzić na innych przedsiębiorców.

W związku z powyższym, gdy w danym miejscu sprzedaży działalność gospodarcza, polegająca na sprzedaży napojów alkoholowych, prowadzona jest przez przedsiębiorcę, który zamierza zaprzestać jej prowadzenia, a w tym samym miejscu sprzedaży członek jego rodziny zamierza rozpocząć jej prowadzenie – brak jest podstaw prawnych do żądania od nowego przedsiębiorcy wnoszenia opłat związanych z korzystaniem z zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, których wysokość uzależniona jest od obrotu dokonanego przez poprzedniego przedsiębiorcę prowadzącego poprzednio działalność w tym samym miejscu. Nie ma znaczenia również fakt, iż nowy przedsiębiorca jest członkiem najbliższej rodziny poprzedniego przedsiębiorcy.

Jak należy zdefiniować pojęcie budynku mieszkalnego wielorodzinnego?

Zgodnie z art. 3 pkt 2a ustawy Prawo budowlane, **budynkiem mieszkalnym jednorodzinnym** jest budynek wolno stojący albo budynek w zabudowie bliźniaczej, szeregowej lub grupowej, służący zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych, stanowiący konstrukcyjnie samodzielną całość, w którym dopuszcza się wydzielenie **nie więcej niż dwóch lokali mieszkalnych** albo jednego lokalu mieszkalnego i lokalu użytkowego o powierzchni całkowitej nieprzekraczającej 30% powierzchni całkowitej budynku.

Interpretując, zatem przywołany przepis *a contrario* należy uznać, iż **budynkiem mieszkalnym wielorodzinnym** jest budynek, w którym wydzielono **więcej niż dwa lokale mieszkalne**.

Czy można rozpatrzyć wniosek przedsiębiorcy przeciwko któremu prowadzone jest postępowanie karne w związku z prowadzeniem przez niego sprzedaży alkoholu bez zezwolenia?

Ustawa nie zawiera przesłanki odmowy udzielenia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych przedsiębiorcy przeciwko któremu prowadzone jest postępowanie karne w związku z popełnieniem przez niego czynu określonego w art. 43 ust. 1 wspomnianej wyżej ustawy.

Odmowa może nastąpić jedynie w przypadku orzeczenia przez sąd środka karnego w postaci zakazu prowadzenia działalności objętej zezwoleniem, o czym, zgodnie z art. 181 Kodeksu karnego wykonawczego, sąd ma obowiązek poinformować organ administracji właściwy dla miejsca zamieszkania skazanego lub dla miejsca prowadzenia działalności gospodarczej objętej zakazem.

Co należy rozumieć pod pojęciem „środki i obiekty komunikacji publicznej”?

1. obiekty komunikacji publicznej – oznaczają obiekty wykorzystywane do obsługi pasażerów oraz środków komunikacji publicznej, takie jak np. dworce, stacje kolejowe, porty lotnicze oraz morskie, przystanie żeglugowe;
2. środki komunikacji publicznej – oznaczają środki (urządzenia) służące komunikacji publicznej, takie jak np. pociągi, autobusy, statki pasażerskie lub samoloty pasażerskie.

Jak należy rozumieć pojęcie „opłaty proporcjonalnej”?

W roku nabycia zezwolenia lub utraty jego ważności, opłaty za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych dokonuje się w wysokości proporcjonalnej do okresu ważności zezwolenia. Jak widać, przepis nie precyzuje, czy obliczanie opłaty proporcjonalnej ma się odbywać w oparciu o podział na dni, tygodnie czy miesiące. Oznacza to, iż wyboru określonej metody obliczania wysokości opłaty proporcjonalnej należy dokonywać indywidualnie.

Przykładowo, gdy zezwolenie zostaje wydane w trakcie trwania określonego miesiąca, wysokość opłaty miesięcznej dokonuje się w oparciu o podział na poszczególne dni pozostające do końca danego miesiąca; gdy zezwolenie wydaje się od pierwszego dnia danego miesiąca, wysokość opłaty oblicza się z podziałem na poszczególne miesiące pozostające do końca danego okresu rozliczeniowego.

Co należy rozumieć pod pojęciem „obiektów lub miejsc kultu religijnego”?

Zgodnie z art. 3 pkt 4 lit. a) ustawy Prawo budowlane, jako obiekty małej architektury – zdefiniowano niewielkie obiekty, w tym **obiekty kultu religijnego**, takie jak: kapliczki, krzyże przydrożne oraz figury. Zaś w załączniku do wspomnianej ustawy, określającym kategorie obiektów budowlanych, w kategorii X wymienione zostały **budynki kultu religijnego**, takie jak: kościoły, kaplice, klasztory, cerkwie, zbory, synagogi, meczety oraz domy pogrzebowe i krematoria.

Jeżeli w uchwale rady gminy, podjętej na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy, chciano zakazać sprzedaży napojów alkoholowych wokół miejsc lub obiektów kultu religijnego, należało samodzielnie zdefiniować użyte pojęcia lub wskazać definiujący je akt prawny. W każdym razie, podane wyżej definicje określone w ustawie – Prawo budowlane, nie są wiążące. Mogą zatem zostać użyte wprost lub przeformułowane zgodnie z potrzebą środowiska lokalnego.

Dla pełniejszego wyjaśnienia problemu można również odwołać się do dotychczasowego orzecznictwa sądów. Przykładowo, w tezie wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 czerwca 1991 r. (sygnatura akt – II SA 391/91) podniesiono, iż miejscami kultu religijnego są miejsca, w których stale i systematycznie zbierają się wierni danej religii (wyznania) dla wzięcia udziału w nabożeństwach i innych zorganizowanych formach sprawowania kultu religijnego. Zdaniem sądu miejscami kultu religijnego nie są kapliczki, które są w prawdzie czczone przez wiernych, ale w których (obok których) nie zbierają się oni systematycznie dla sprawowania kultu w formach zorganizowanych.

Czy przedsiębiorcy, których poprzednie zezwolenia wygasły, występując o nowe zezwolenia, muszą wносить opłatę podstawową?

Zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych udzielane jest na czas określony w formie decyzji administracyjnej. Oznacza to, że między organem administracji a przedsiębiorcą zostaje nawiązany stosunek administracyjno-prawny. W chwili wygaśnięcia stosunku, ze względu na upływ terminu ważności zezwolenia, ustają wszelkie wzajemne prawa i obowiązki jego stron. Brak zatem podstaw do tego, by żądać od przedsiębiorcy, którego zezwolenie wygasło ze względu na upływ jego ważności, wniesienia opłaty za następne zezwolenie (nowy stosunek administracyjno-prawny), na podstawie oświadczenia o wartości sprzedaży prowadzonej na podstawie poprzedniego zezwolenia.

Trzeba w tym miejscu zwrócić również uwagę na problem przerwy w prowadzeniu omawianej działalności, interpretując bowiem *a contrario* przepis art. 111 ust. 3 ustawy, należałoby uznać, że przedsiębiorcą kontynuującym działalność, a zatem zobowiązanym do wnoszenia opłaty podwyższonej, jest każdy przedsiębiorca, który kiedykolwiek wcześniej prowadził działalność na podstawie zezwolenia. Stąd przyjęcie rozwiązania, zgodnie z którym za przedsiębiorcę kontynuującego działalność uznaje się wyłącznie tego, który prowadził ją w roku poprzednim, nie znajduje prawnego uzasadnienia.

W związku z powyższym, opłatę podwyższoną wnoszą wyłącznie przedsiębiorcy korzystający z zezwolenia w trakcie okresu jego ważności.

Czy zaświadczenie może zastąpić decyzję państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o zatwierdzeniu zakładu?

Z dniem 28 listopada 2006 r. weszła w życie ustawa o z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225, dalej – ustawa), której art. 105 wprowadził zmianę do przepisu art. 18 ust. 6 pkt 4 ustawy, zgodnie z którą przedsiębiorca występujący o wydanie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych obowiązany jest załączyć do wniosku o wydanie wspomnianego zezwolenia – decyzję właściwego państwowego inspektora sanitarnego o zatwierdzeniu zakładu, o której mowa w art. 65 ust. 1 pkt 2 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Wspomniana wyżej ustawa nie zawiera przepisów przejściowych, co oznacza, że nowe wymogi stosuje się w odniesieniu do wszystkich przedsiębiorców występujących o wydanie zezwolenia po dniu jej wejścia w życie (28 października 2006 r.).

Należy również zauważyć, iż ustawa stanowi wymóg przedłożenia decyzji, nie zaś zaświadczenia, stąd należy uznać, iż załączenie do wcześniej wymaganej decyzji zaświadczenia o dokonaniu wpisu do rejestru zakładów nie stanowi wypełnienia norm ustawowych.

Zgodnie ze stanowiskiem Głównego Inspektora Sanitarnego, w oparciu o przepis art. 122 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, jako podstawę dokonania przez organy inspekcji sanitarnej niejako „automatycznego” wpisu do rejestru zakładów przedsiębiorców legitymujących się decyzją wydaną w oparciu o wcześniej obowiązujące regulacje, uznając w konsekwencji ważność tych decyzji.

Czy organ zezwalający może uwzględnić warunkową decyzję państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o warunkowym zatwierdzeniu zakładu?

Nakładający wymóg uzyskania omawianej decyzji przepis art. 18 ust. 6 pkt 4 ustawy literalnie odnosi się do przepisów ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, która to przewiduje warunkowe zatwierdzenie zakładu, w drodze decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. W związku z powyższym należy uznać, iż w sytuacji, gdy przedsiębiorca załączy do wniosku o wydanie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych omawianą warunkową decyzję, organ zezwalający może uznać, iż spełnił on określony wymóg. Pamiętając jednocześnie, iż zgodnie z art. 65 ust. 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, w określonych przypadkach do kompetencji właściwego inspektora sanitarnego należy wykreślenie z rejestru zakładów, co jest równoznaczne z zaprzestaniem obrotu artykułami żywnościowymi (w tym również napojami alkoholowymi).

Czy decyzji o wygaszeniu lub cofnięciu zezwolenia można nadać rygor natychmiastowej wykonalności?

Omawianym decyzjom nie może być nadany rygor natychmiastowej wykonalności, gdyż nie spełniają one żadnej z przesłanek określonych w art. 108 Kodeksu postępowania administracyjnego, zgodnie z którym decyzji, od której służy odwołanie, może być nadany rygor natychmiastowej wykonalności, **gdy jest to niezbędne ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego albo dla zabezpieczenia gospodarstwa narodowego przed ciężkimi stratami bądź też ze względu na inny interes społeczny lub wyjątkowo ważny interes strony.** Oznacza to, iż decyzja nie może zostać wykonana do czasu jej uprawomocnienia, zaś złożenie odwołania wstrzymuje jej wykonanie, por. art. 130 Kpa. W zakresie zezwoleń oznacza to, że do czasu uprawomocnienia się decyzji I lub II instancji, przedsiębiorca może prowadzić sprzedaż napojów alkoholowych.

Czy zezwolenie na wyprzedaż posiadanych zapasów napojów alkoholowych może być wydane w przypadku cofnięcia zezwolenia?

Zgodnie z art. 184 ustawy, na wniosek przedsiębiorcy, którego zezwolenie wygasło z przyczyn wymienionych we wspomnianej ustawie, organ zezwalający może wydać zezwolenie z określeniem terminu na wyprzedaż posiadanych, zinventaryzowanych zapasów napojów alkoholowych, jednakże przepis ma zastosowanie wyłącznie w sytuacji wygaszenia zezwolenia, nie zaś jego cofnięcia.

II. REKOMENDACJE FINANSOWE

Zasady ogólne

1. Merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są zadania określone w ustawie z dnia 26 października o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (test jednolity, Dz.U. 2007 r. Nr 70, poz. 473) oraz założenia i priorytety przyjęte i zaakceptowane przez Radę Ministrów w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010.
2. Realizacja zadań, o których mowa w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, może odbywać się na kilka sposobów. Gmina może udzielać dotacji celowej organizacjom pozarządowym lub też zawierać umowy mające charakter zakupu usług od podmiotów prawnych lub osób fizycznych. Udzielanie dotacji celowej jednostkom spoza sektora finansów publicznych nie działających w celu osiągnięcia zysku, a więc również wspomnianym wyżej organizacjom pozarządowym, reguluje art. 176 ust. 2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2014 ze zm.) odsyłając w tym zakresie do przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873 ze zm.). Należy zauważyć, że zgodnie zaś z art. 4 pkt 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2006 r. Nr 164, poz. 1163 ze zm.) dotacje udzielane na podstawie innych ustaw nie podlegają przepisom tej ustawy.
3. Ustawę – Prawo zamówień publicznych – stosuje się natomiast w przypadku wszystkich innych niż dotacyjne umów zawieranych przez gminy na realizację zadań gminnego programu profilaktyki, których wartość przekracza wyrażoną w złotych równowartość 14 000 euro.

Jednocześnie warto zauważyć, iż prawie wszystkie zadania realizowane w ramach ww. programu, w tym także zadania o charakterze profilaktycznym, adresowane przede wszystkim do dzieci i młodzieży (edukacja publiczna) oraz z zakresu socjoterapii, mające na celu pomoc osobom uzależnionym od alkoholu lub członkom ich rodzin, a także pomoc ofiarom lub sprawcom przemoc w rodzinie, można traktować jako usługi zdrowotne, socjalne lub szkoleniowe, a więc podlegające na mocy art. 5 ust. 1 ustawy znacznie złagodzonego rygorom postępowania. Ustawa zwalnia w tym zakresie od obowiązku stosowania terminów składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub terminów składania ofert, wadium, zakazu ustalania kryteriów oceny ofert na podstawie właściwości wykonawcy oraz innych niż dotyczące wartości zamówienia przesłanek wyboru trybu negocjacji z ogłoszeniem, negocjacji bez ogłoszenia, zapytania o cenę, licytacji elektronicznej, również (w odniesieniu do usług zdrowotnych) przesłanek wyboru trybu zamówienia z wolnej ręki oraz obowiązku informowania w tych przypadkach Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych, zwanego dalej „Prezesem Urzędu”.

W praktyce oznacza to, iż realizacja zadania polegającego np. na udzielaniu pomocy i wsparcia z zakresu psychoterapii lub socjoterapii osobom uzależnionym lub członkom ich rodzin (np. żonom, dzieciom alkoholików), wymagającego zatrudnienia terapeutów lub wychowawców w finansowanym przez gminę punkcie konsultacyjnym, świetlicy socjoterapeutycznej, ośrodka interwencji kryzysowej lub innej placówce dla osób uzależnionych od alkoholu – zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych – nie wymaga stosowania procedur postępowania przetargowego. Zamawiający (w tym przypadku gmina) ma możliwość ustalenia kryteriów oceny ofert dotyczących właściwości dostawcy lub wykonawcy (kryteria podmiotowe). Kryteria te powinny określać najważniejsze cechy i właściwości, jakie powinien spełniać podmiot (osoba, firma itp.), któremu gmina zamierza zlecić realizację określonego zadania z zakresu ochrony zdrowia. W przypadku osób wspomniane kryteria mogą dotyczyć: wykształcenia, ukończonych szkoleń lub kursów specjalistycznych, posiadanych kompetencji i umiejętności praktycznych, lat praktyki i własnych doświadczeń zawodowych, pozytywnej oceny dotychczasowej współpracy z gminą. Należy podkreślić, iż w tym przypadku kwestia wysokości wynagrodzenia (wartość umowy), za które dana osoba gotowa jest realizować określone działania, nie stanowi najważniejszej przesłanki będącej podstawą wyboru oferenta.

Należy także zauważyć, że do zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 60 000 euro, nie stosuje się przepisów ustawy dotyczących obowiązku publikacji ogłoszeń w Biuletynie Zamówień Publicznych.

Wskazówki dodatkowe

1. Jeśli realizacja zadania odbywa się poprzez zakup usług, zleceniodawca określa warunki zakupu: czas realizacji, rozmiar przedsięwzięcia, standardy usługi, kwalifikacje realizatorów, grupę docelową odbiorców itd. Informacja o zamiarze zakupu usługi powinna być podana do wiadomości ewentualnych zleceniobiorców, np. poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń.
2. Kwoty proponowane na realizację poszczególnych zadań muszą być uzasadnione szczegółową kalkulacją posiadającą merytoryczne uzasadnienie w przedstawionym programie działań. Jest to warunek niezbędny do rozpatrzenia oferty przez recenzentów.
3. Zlecenie zadań i przekazywanie środków osobom prawnym wymaga sporządzenia odpowiedniej umowy określającej zadania i zobowiązania oraz kalkulację kosztów. Zleceniobiorca musi być zobowiązany w umowie do przestrzegania zasad określonych w ustawie o finansach publicznych oraz poniżej przedstawionych zasad kalkulacji (w tym także do przestrzegania limitów stawek).
4. Elementem każdej umowy powinno być zobowiązanie do złożenia sprawozdania merytorycznego i finansowego.
5. Ewentualne zatrudnienia etatowe realizatorów programu muszą mieć wyraźne uzasadnienie merytoryczne i ze względu na okresowość finansowania powinny opierać się na umowie na czas określony. Przy zleceniu lub dofinansowaniu realizacji zadań określonych w art. 4¹ ust. 2 ustawy o wychowaniu

w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, rekomenduje się dofinansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym, a także w ośrodkach pomocy ofiarom przemocy w rodzinie.

6. Przy pracach zleconych ustala się ogólne limity stawek w formie tzw. widełek, co pozwala na zróżnicowanie wynagrodzenia w zależności od m.in. kompetencji prowadzących, miejsca realizacji, odległości i czasu dojazdu, tematu, grupy odbiorców itd. Określenie wynagrodzeń w wysokości zbliżonej do górnych limitów powinno być zastrzeżone dla osób z wyższym wykształceniem, o uznanych kompetencjach i specjalistycznym wykształceniu podyplomowym związanym z problematyką zajęć. W wyjątkowych przypadkach (przyjazd wybitnego specjalisty z odległej miejscowości na 1- lub 2-godzinny wykład) można zaakceptować podwyższenie stawki za wykład.

Finansowanie zakładów leczenia odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego

Zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 475) świadczenia z zakresu leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu może być prowadzone jedynie w zakładach leczenia odwykowego lub innych zakładach opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż jednostki samorządu terytorialnego realizując nałożone w/w ustawą obowiązki w zakresie zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu powinny w zakresie realizacji własnych zadań uwzględniać także aspekt przekazywania środków finansowych zakładom opieki zdrowotnej, a w szczególności zakładom leczenia odwykowego.

W zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych sytuacja kształtuje się odmiennie dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 35 i następną ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) jednostki samorządu terytorialnego mogą udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu. Wyłonienie realizatora świadczeń odbywa się w drodze otwartego konkursu ofert przeprowadzanego zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 93, poz. 592). Wyłonienie w toku w/w konkursu najlepszej oferty skutkuje podpisaniem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Umowa taka powinna zostać zawarta na okres minimum trzech miesięcy, chyba że z rodzaju i ilości świadczeń zdrowotnych wynika czas krótszy. W umowa powinna zawierać między innymi: określenie świadczeń zdrowotnych objętych umową, określenie szacunkowej liczby osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z danego terenu, określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielania świadczeń

zdrowotnych i sposobu podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju, przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia, określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości oraz zasady ustalania trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia. Istotnym wymogiem, jaki musi być spełniony przez zakłady opieki zdrowotnej realizujące zamówienie na świadczenia zdrowotne, jest wymóg podlegania ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Finansów z 23 grudnia 2004 r. w sprawie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 283, poz. 2825) dla niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, wynosi równowartość w złotych kwoty 46 500 euro.

Kwestię finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej reguluje art. 54 i 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z wyżej wspomnianymi przepisami samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą podpisywać umowy z jednostkami samorządu terytorialnego na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, a także umowy na realizację programów zdrowotnych. W odniesieniu do umów na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych Ustawodawca wspomina jedynie, że do przekazywania środków finansowych z tego zakresu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Kwestię przekazywania środków finansowych na realizację programów zdrowotnych określa szczegółowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099). Rozporządzenie to nakłada na zleceniobiorcę (zakład opieki zdrowotnej) obowiązek przedstawienia planu rzeczowo-finansowego oraz informacji o prowadzonej działalności.

Osobną kwestię stanowi finansowanie wydatków inwestycyjnych i remontowych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 55 ust. 1 pkt 3 zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotację budżetową od jednostki samorządu terytorialnego na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Nieco inaczej przedstawia się kwestia finansowania w formie dotacji budżetowej kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, które zgodnie z ustawą powinien pokrywać organ założycielski zakładu. Ustawodawca stworzył też jednak możliwość przekazywania środków finansowych na realizację w/w zadania jednostkom samorządu terytorialnego nie będącym organami założycielskimi zakładu w odniesieniu do dwóch typów zakładów lecznictwa odwykowego: wojewódzkim ośrodkom terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz przychodniom terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifika-

cji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2000 r. Nr 3 poz. 44 ze zm.) nałożyło bowiem na oba te typy placówek zadania z zakresu kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników merytorycznych leczenia odwykowego. Stwarza to możliwość sfinansowania tego rodzaju wydatków na podstawie art. 54 ust. 1 pkt 5, tj. przepisu umożliwiającego podpisywanie z zakładami opieki zdrowotnej umów na realizację „innych zadań określonych odrębnymi przepisami”. Umowa taka może wymieniać imiennie osoby będące pracownikami zakładu leczenia odwykowego danej jednostki samorządu terytorialnego, które mają być przeszkolone. Przepis ten może także stanowić podstawę finansowania wszystkich innych „pozaleczniczych” zadań nałożonych na zakłady leczenia odwykowego w/w rozporządzeniem.

Podstawowe rodzaje zajęć można określić następująco:

1. **wykład** – jest zorganizowaną formą przekazu wiedzy słuchaczom przez jedną osobę i jest stosowany w ramach szkolenia lub edukacji ogólnej. Od wykładowcy należy oczekiwać udostępnienia konspektu wykładu zawierającego szkic podstawowych tez, które będą przedstawiane słuchaczom. Nie zaliczamy do wykładów zajęć opartych przede wszystkim na opowiadaniu swojej historii życia, doświadczeń osobistych itp. Wykładu nie może również stanowić przekazywanie informacji i wiedzy osobom uzależnionym w czasie terapii lub członkom rodzin, bardziej odpowiednim terminem jest tu psychoedukacja. Do stosowania stawek wykładowych potrzebna jest również odpowiednia liczba odbiorców;
2. **seminarium** – zorganizowana forma zajęć szkoleniowych, obejmująca wprowadzenie poznawcze do tematu oraz pracę własną w postaci udziału w dyskusji i przedstawiania przez uczestników przygotowanych wypowiedzi dotyczących wiedzy na określony temat;
3. **warsztaty** – zorganizowana forma działalności szkoleniowej, obejmująca praktyczne ćwiczenie określonych umiejętności związanych z wykonywanym zawodem, prowadzona na podstawie przygotowanego scenariusza określającego przebieg kolejnych sytuacji. Typowa liczba uczestników to 12–18 osób. Używanie terminu „warsztat” poza obszarem programu szkoleniowego jest mylące. Dla zajęć związanych z rozwijaniem umiejętności w programach terapeutycznych lub profilaktycznych bardziej stosownym określeniem są „ćwiczenia praktyczne”;
4. **trening psychologiczny (interpersonalny, asertywności itp.)** – specjalistyczna metoda oddziaływania psychologicznego, służąca zmianie określonych zachowań, rozwojowi osobistemu oraz nabyciu nowych umiejętności interpersonalnych lub interpersonalnych. Typowa liczba uczestników w grupie to 10–15 osób. Do prowadzenia treningu konieczne są:
 - specjalistyczne umiejętności trenera wynikające ze szkolenia w zakresie treningu psychologicznego,

- uzgodnienie z uczestnikami celów i metody treningu oraz zawarcie kontraktu,
- odpowiednie warunki organizacyjne (czas, miejsce zajęć).

Trening psychologiczny bywa stosowany w różnych kontekstach: jako element programów szkoleniowych, jako część programów terapii dla osób uzależnionych i współuzależnionych itp. Oznacza to, że za prowadzenie treningu, w zależności od okoliczności, mogą być stosowane różne stawki wynagrodzenia.

5. **Ćwiczenia praktyczne** – zorganizowana forma zajęć angażujących uczestników w różnego rodzaju działania indywidualne i grupowe, dostarczające nowych doświadczeń, informacji i obserwacji. Ukierunkowane są na rozwijanie praktycznych umiejętności i zmianę postaw. Prowadzone są na ogół według przygotowanego scenariusza, określającego tematy, strukturę i przebieg kolejnych sytuacji;
6. **Dyżury i działania interwencyjno-wspierające** – tego typu działania są aktualnie najczęściej podejmowane w ramach różnorodnych programów pomocowych, np. w punktach konsultacyjnych. Mogą być prowadzone przy pomocy wolontariatu, a więc nieodpłatnego zaangażowania określonych osób pragnących pomagać innym ludziom. Przy organizowaniu takich działań pożądane jest rozważenie, jakiego rodzaju kwalifikacje są potrzebne oraz promowanie wolontariatu umocnionego odpowiednim przeszkoleniem;
7. **Konsultacje specjalistów** – związane są z zapraszaniem do współpracy wysoko wykwalifikowanych specjalistów (lekarzy, psychologów, socjologów, prawników) do doradztwa w zakresie pojawiających się problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych, terapeutycznych, interwencyjnych;
8. **Superwizja** – to specyficzna metoda szkolenia osób zajmujących się pomocą psychologiczną; analizowanie (pod kierunkiem wysokiej klasy specjalisty) doświadczeń i wydarzeń zachodzących w procesie prowadzenia psychoterapii indywidualnej lub grupowej.

Ustalanie stawek

Rodzaje podstawowych prac zleconych, informacje, które powinny być podane w kalkulacji oraz limity stawek (wynagrodzenie brutto za godzinę pracy określonego rodzaju):

1. **Programy szkoleniowe dla przedstawicieli wybranych profesji:**
 - a. wykłady dydaktyczne – wynagrodzenie **150–500 zł**;
 - ▶ wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia;
 - ▶ stosowanie stawki powyżej **200 zł** jest zarezerwowane dla wykładowców z wyższym wykształceniem;

- ▶ przy sporządzeniu kalkulacji należy uwzględnić kwalifikacje prowadzących, liczbę godzin wykładowych i liczbę słuchaczy;
 - ▶ decyzje dotyczące limitu godzin dla poszczególnych typów zajęć w ciągu dnia podejmuje zleceniodawca, uwzględniając warunki i specyfikę szkolenia. W przypadku stosowania stawek powyżej 250 zł limit godzin wykładów w ciągu jednego dnia nie powinien przekraczać 4–5 godzin.
- b. seminaria i warsztaty szkoleniowe dla profesjonalistów – wynagrodzenie **80–100 zł**;
- ▶ należy podać liczbę godzin, stawki, ilość i liczebność grup oraz kwalifikacje prowadzących,
 - ▶ seminaria i warsztaty powinny być prowadzone na podstawie konspektu lub scenariusza, którego udostępnienie może być oczekiwane przez organizatora szkolenia;
- c. treningi psychologiczne w małych grupach w ramach szkolenia profesjonalnego – wynagrodzenie **70–100 zł**;
- ▶ grupy do 15 uczestników może prowadzić jeden trener,
 - ▶ należy podać kwalifikacje prowadzących, ilość i liczebność grup, stawki, liczbę godzin zajęć.

W przypadku realizacji programów stażowych – np. dla studentów – należy dołączyć do umowy program zajęć stażowych a także wskazać opiekuna stażu. Staż powinien obejmować minimum 40 godz. – wynagrodzenie dla opiekuna **100–200 zł** od jednej osoby odbywającej staż.

2. Zajęcia profilaktyczne i edukacyjno-rozwojowe dla dzieci, młodzieży, rodzin oraz nieprofesjonalistów:

- a. prelekcje i pogadanki prowadzone na podstawie przygotowanego konspektu określającego podstawowe tezy – wynagrodzenie **30–60 zł**;
- b. zajęcia profilaktyczne dla młodzieży – wynagrodzenie **30–60 zł**;
- c. zajęcia opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym – wynagrodzenie **20–30 zł**;
- d. zajęcia socjoterapeutyczne – wynagrodzenie **30–60 zł**.

W przypadku dotacji obejmującej etaty realizatorów zaleca się odstąpienie od stosowania stawek godzinowych i przyjęcie stawek odpowiednich dla wynagrodzenia etatowego.

- e. systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie ¹ **30–50 zł**.

Prowadzenie tego rodzaju zajęć wymaga podania liczby godzin, ilości i liczebności grup słuchaczy, stawek, a także kwalifikacji osób prowadzących. W przypadku pro-

¹ W przypadku pracy w godzinach nocnych oraz w soboty i niedziele możliwe jest podwyższenie wynagrodzenia.

gramów socjoterapeutycznych uzasadnione jest finansowanie **superwizji** lub **konsultacji dla zespołu**. Stawki za tego typu zajęcia mogą być ustalane w granicach **80–100 zł**.

3. **Programy terapeutyczne oraz pomoc rehabilitacyjna dla osób uzależnionych i członków ich rodzin (w tym DDA):**
 - a. godzina psychoterapii indywidualnej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **55–75 zł**,
 - b. godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **60–80zł**,
 - c. mikroedukacja dla pacjentów w programach terapeutycznych – wynagrodzenie **25–50 zł**,
 - d. superwizja indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **80–100 zł**.
4. **Działania interwencyjno-wspierające dla członków rodzin, w których występują problemy alkoholowe:**
 - a. systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30–50 zł**,
 - b. zajęcia edukacyjno-korekcyjne dla sprawców przemocy – wynagrodzenie **35–60 zł**,
 - c. konsultacje specjalistów (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny) – wynagrodzenie **45–65 zł**,
 - d. zajęcia terapeutyczne dla ofiar przemocy domowej **40–60 zł**.

Przyjmuje się zasadę, że przy zajęciach prowadzonych w małych grupach finansuje się zatrudnienie tylko jednej osoby prowadzącej (jeżeli grupa nie przekracza 10–15 osób). Wyjątek mogą stanowić specjalistyczne zajęcia dla dzieci z rodzin alkoholowych oraz specjalistyczna psychoterapia DDA. Wymagane jest, aby osoby realizujące zadania terapeutyczne posiadały doświadczenie merytoryczne w pracy w placówkach profesjonalnych.

IV. Inne zadania

- A. Oryginalne teksty zatwierdzone do publikacji i rozprowadzania – należy podać liczbę stron – stawki średnie: autorskie **45–110 zł** za stronę znormalizowanego maszynopisu, tj. 1800 znaków, tłumaczenia **25–45 zł** za znormalizowaną stronę maszynopisu.

Zasady obowiązujące przy składaniu ofert wydawniczych przez podmioty, które nie są instytucjami profesjonalnymi i które wśród zadań statutowych nie mają profesjonalnej działalności wydawniczej i własnego systemu recenzenckiego:

- proponowaną pozycję należy złożyć w 1 egzemplarzu w wersji elektronicznej oraz na wydruku i dołączyć informację o autorze (autorach);
- należy dołączyć opinie i recenzje, jeżeli takie zostały wykonane;

- te same zasady obowiązują przy pracach będących tłumaczeniami z języków obcych;
 - należy wskazać liczbę godzin potrzebnych do faktycznego wykonania i posłużyć się stawką godzinową podobną do wynagrodzeń za warsztatową działalność szkoleniową.
- B. Wykonanie innych materiałów edukacyjno-terapeutycznych (kasety, plakaty itp.) – przy ustalaniu wynagrodzeń autorskich można oszacować liczbę godzin potrzebnych do faktycznego wykonania dzieła i posłużyć się stawką godzinową podobną do wynagrodzeń za warsztatową działalność szkoleniową.
- C. Prace organizacyjno-techniczne i pomocnicze – należy określić kategorie zadań, liczbę godzin, stawki – **8–25 zł**.

Jeżeli w ramach dotowanych zadań opracowywane są nowe technologie terapeutyczne, profilaktyczne, edukacyjne czy diagnostyczne, w umowach zastrzega się, że autorzy przekazują publicznemu zleceniodawcy prawo do bezpłatnego upowszechniania i korzystania z tych technologii.

V. Dodatkowe reguły

1. Środki w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych nie mogą być przeznaczone na finansowanie pomocy materialnej dla osób uzależnionych oraz członków ich rodzin.
2. Dokonywanie zakupów inwestycyjnych (powyżej 3 500 zł – poniżej tej kwoty są to wydatki na zakupy bieżące) wymaga dokładnego określenia ich w preliminarzu i zatwierdzenia w ramach programu. Zakupy takie mogą być akceptowane, gdy podmiot składający ofertę co najmniej w dwóch poprzednich latach realizował zadania zleczone i uzyskał pozytywne oceny realizacji tych zadań od recenzentów.
3. Nie należy wspierać tworzenia wielu telefonów zaufania w jednym mieście w różnych miejscach; pożądane jest natomiast rozszerzenie obsady dyżurujących przy jednym (wielonumerowym) telefonie zaufania o przedstawicieli różnych profesji i środowisk.
4. Zakupy – przy ich realizacji obowiązują wspomniane poprzednio zasady dotyczące zamówień publicznych: konieczne jest uzasadnienie zakupów przez wskazanie ich niezbędności do realizowania programu; należy sprawdzić możliwość szerszego i bardziej elastycznego wykorzystania sprzętu zakupionego na danym terenie w latach poprzednich; zakupy wyposażenia wymagają jednoznacznie określenia odpowiedzialności materialnej i prawnej za nabyte środki; w umowach powinno być zagwarantowane, że zakupione środki trwałe będą wykorzystywane do celów zgodnych z zatwierdzonym programem.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wykorzystywane będą jedynie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii i nie mogą być przeznaczone na inne cele. Oznacza to, że ww. środki finansowe, niewykorzystane w danym roku budżetowym, powinny zostać uchwałą rady gminy (na podstawie art. 191 ustawy o finansach publicznych) zamieszczone w wykazie wydatków, które nie wygasają z upływem roku budżetowego i są przeznaczone w następnym roku na realizację gminnych programów.

Udzielanie dotacji organizacjom pozarządowym w trybie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późniejszymi zmianami)

Zgodnie z art. 176 ust. 2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2014 ze zm.) podmioty niezaliczone do sektora finansów publicznych i niedziałające w celu osiągnięcia zysku mogą otrzymywać z budżetu jednostki samorządu terytorialnego dotacje na cele publiczne związane z realizacją zadań tej jednostki. Zlecenie zadania i udzielanie dotacji następuje zgodnie z przepisami ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późniejszymi zm.) w zakresie zadań publicznych określonych w art. 4 tej ustawy.

Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie bardzo szeroko określa sferę zadań publicznych, dla której stosuje się określone w tej ustawie zasady. Tryb udzielania dotacji obejmuje między innymi zadania w zakresie:

1. działalności charytatywnej;
2. ochrony i promocji zdrowia;
3. działania na rzecz osób niepełnosprawnych;
4. nauki, edukacji, oświaty i wychowania;
5. krajoznawstwa oraz wypoczynku dzieci i młodzieży;
6. upowszechniania kultury fizycznej i sportu;
7. porządku i bezpieczeństwa publicznego oraz przeciwdziałania patologiom społecznym;
8. promocji i organizacji wolontariatu;
9. działalności wspomagającej technicznie, szkoleniowo, informacyjnie lub finansowo organizacje pozarządowe.

W przypadku zadań nieobjętych powyższym wyliczeniem, zlecenie zadania i udzielenie dotacji następuje na podstawie umowy jednostki samorządu terytorialnego z podmiotem, któremu udziela się dotacji. W takiej sytuacji tryb postępowania o udzielenie dotacji, sposób jej rozliczenia oraz sposób kontroli wykonywania zleconego zadania określa w drodze uchwały organ stanowiący tej jednostki.

Ustawa definiuje organizację pozarządową jako niebędącą jednostką sektora finansów publicznych i niedziałającą w celu osiągnięcia zysku osobę prawną lub jednostkę organizacyjną, nieposiadającą osobowości prawnej, utworzoną na podstawie przepisu ustawowego.

W rozumieniu ustawy o finansach publicznych do sektora finansów publicznych zalicza się:

1. organy władzy publicznej, organy administracji rządowej, organy kontroli państwowej i ochrony prawa, sądy trybunały, a także jednostki samorządu terytorialnego i ich związki;
2. jednostki budżetowe, zakłady budżetowe i gospodarstwa pomocnicze jednostek budżetowych;
3. fundusze celowe;
4. państwowe szkoły wyższe;
5. jednostki badawczo-rozwojowe;
6. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
7. państwowe i samorządowe instytucje kultury;
8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
9. Narodowy Fundusz Zdrowia;
10. Polską Akademię Nauk i tworzone przez nią jednostki organizacyjne;
11. państwowe lub samorządowe osoby prawne utworzone na podstawie odrębnych ustaw w celu wykonywania zadań publicznych.

Użyte w definicji określenie „jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej” wyklucza stosowanie przepisów ustawy wobec osób fizycznych i spółek cywilnych.

Wobec zawartego w ustawie wymogu nie działania w celu osiągnięcia zysku należy przyjąć, że za organizację pozarządową nie może zostać uznany przedsiębiorca w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, tj. podmiot obdarzony przepisem ustawowym zdolnością prawną, prowadzący we własnym imieniu działalność gospodarczą, chyba że ma ona jedynie charakter uboczny i występuje na marginesie podstawowej działalności statutowej.

Zlecenie zadań publicznych organizacjom pozarządowym może przybierać formę powierzenia (organ udziela dotacji na finansowanie zadania, tj. pokrywa koszty realizacji zadania w całości) lub wspierania (organ udziela dotacji na dofinanso-

wanie zadania, tj. pokrywa jedynie część kosztów realizacji zadania). Zarówno powierzenie, jak i wspieranie realizacji zadania publicznego odbywa się w formie otwartego konkursu ofert.

Odrębny tryb udzielenia dotacji może być zastosowany w dwóch przypadkach:

1. Gdy upoważniają do tego przepisy odrębne (przykładowo: ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych),
2. Jeżeli dane zadanie może zostać zrealizowane efektywniej w inny sposób, określony w odrębnych przepisach, w szczególności poprzez zakup usług na zasadach i w trybie określonych w przepisach o zamówieniach publicznych (stosowanie tego trybu wskazane jest zwłaszcza w przypadku zadań, w których podmiotowe kryteria wyboru oferenta nie są istotne).

W ogłoszonym konkursie ofert, oprócz organizacji pozarządowych, mogą uczestniczyć także jednostki organizacyjne podległe lub nadzorowane przez organy administracji publicznej, a więc przykładowo publiczne zakłady opieki zdrowotnej, instytucje kultury, szkoły. Podmiotom tym jednak, w przeciwieństwie do organizacji pozarządowych i organizacji, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy, nie przysługuje uprawnienie składania z własnej inicjatywy oferty realizacji zadań publicznych. Podmioty te nie mogą inicjować procedury konkursowej, a jedynie zgłaszać swoje oferty do ogłoszonych już konkursów.

Ogłoszenie konkursu ofert powinno nastąpić co najmniej z trzydziestodniowym wyprzedzeniem.

Ogłoszenie powinno spełniać wymogi wskazane w art. 13 ust. 2 ustawy oraz zostać zamieszczone w dzienniku o zasięgu odpowiadającym rodzajowi zadania oraz Biuletynie Informacji Publicznej, w siedzibie organu ogłaszającego konkurs i ewentualnie w innej formie zapewniającej powszechny dostęp podmiotów zainteresowanych, np. poprzez użycie sieci teleinformatycznej.

Ustawa nie mówi wprost o tym aspekcie, jednak w powszechnej praktyce przyjęta jest dopuszczalność wybrania w drodze konkursu więcej niż jednej oferty. Taką interpretację przepisów ustawy podziela także Departament Pożytku Publicznego Ministerstwa Polityki Społecznej. W przypadku, gdy organ dopuszcza możliwość takiej formy rozstrzygnięcia konkursu, powinien to zaznaczyć w ogłoszeniu, w części dotyczącej zasad przyznawania dotacji.

W przypadku udzielania dotacji jednostce organizacyjnej podległej lub nadzorowanej przez jednostkę administracji publicznej, umowę podpisuje organ zarządzający tej jednostki, w przypadku jednostki posiadającej osobowość prawną albo kierownik jednostki nieposiadającej osobowości prawnej, działający na podstawie pełnomocnictwa udzielonego mu w ramach odpowiednich przepisów przez przedstawiciela osoby prawnej (Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego).

Jakkolwiek z brzmienia art. 16 ustawy wynika, że umowy o realizację zadania publicznego zawiera się na czas określony – a więc dopuszczalne jest ich zawieranie na okres dłuższy niż rok budżetowy w odniesieniu do zadań z zakresu profilaktyki

i rozwiązywania problemów alkoholowych – możliwość taką uniemożliwia w praktyce fakt corocznego uchwalania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, który stanowi merytoryczną podstawę wydatkowania środków gminnych na zadania z tego zakresu.

Art. 16 ust. 4 ustawy stanowi, że zadanie publiczne nie mogą być realizowane przez podmiot niebędący stroną umowy, chyba że umowa zezwala na wykonanie określonej części zadania przez taki podmiot. Oznacza to, że ustawa dopuszcza możliwość podzlecenia zadania jedynie w przypadku zachowania dwóch warunków:

1. Dopuszczenia przez umowę takiego rozwiązania.
2. Podzlecenia jedynie części zadania. Ograniczenia takie nie dotyczą powierzenia wykonywania zadań osobom fizycznym zatrudnionym przez zleceniobiorcę na podstawie umowy zlecenia oraz wolontariuszy.

Art. 3 ust. 6 ustawy z dnia 25 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873 ze zm.) stanowi, że do zlecenia zadań z zakresu pomocy społecznej zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 ze zm.). Zauważyć należy, że Ustawodawca określając tryb zlecenia zadań publicznych z zakresu pomocy społecznej zdecydował o zastosowaniu rozwiązań w znacznej mierze zbliżonych do tych przyjętych dla powierzenia innych rodzajów zadań. Zarówno w przypadku jednego, jak i drugiego trybu udzielanie dotacji następuje po przeprowadzeniu otwartego konkursu ofert, prowadzonego z uwzględnieniem zasad pomocniczości, efektywności, uczciwej konkurencji i jawności. Zasadniczą odrębnością cechującą postępowanie w przedmiocie zlecenia zadań z zakresu pomocy społecznej jest wyłączenie możliwości stosowania dla tej kategorii zadań trybów przewidzianych w przepisach innych ustaw, a więc przede wszystkim w trybie zamówień publicznych, co – przypomnijmy – dopuszcza w odniesieniu do powierzenia zadań publicznych w innym zakresie dopuszcza art. 11 ust. 4 ustawy o działalności pożytku publicznego. Inną istotną różnicą jest wskazanie w art. 31 ustawy o pomocy społecznej oceny realizacji zadań zleconych danemu podmiotowi w okresie poprzednim ze szczególnym uwzględnieniem rzetelności, terminowości, jak również sposobu rozliczania dotacji jako jednego z kryteriów, jakimi podmiot przeprowadzający konkurs powinien kierować się przy podejmowaniu decyzji o udzieleniu dotacji. Jest to o tyle istotne, że kwestia dopuszczalności stosowania kryterium dotychczasowej współpracy z danym podmiotem budziła i dalej budzi liczne wątpliwości na gruncie przepisów ustawy o działalności pożytku publicznego. Należy także zauważyć, że ustawa o pomocy społecznej jednoznacznie normuje zagadnienie tzw. braków formalnych ofert konkursowych, a więc ich wadliwego lub niekompletnego sporządzenia stanowiąc, że należy je pozostawić bez rozpoznania. Fakt, iż kwestia ta nie jest przedmiotem regulacji ustawy o działalności pożytku publicznego, powoduje w praktyce bardzo urozmaiconą praktykę poszczególnych podmiotów zlecających realizację zadań publicznych w tym zakresie.

Miasta i gminy uczestniczące w projekcie GMINY WIODĄCE

GMINY MIEJSKIE	GMINY MIEJSKO-WIEJSKIE	GMINY WIEJSKIE
województwo dolnośląskie		
Bolesławiec	Bogatynia	Długołęka
Głogów	Chocianów	Osiecznica
Legnica	Ząbkowice Śląskie	Stara Kamienica
Świdnica	Żarów	Wińsko
Wałbrzych		
Wrocław		
Zgorzelec		
województwo kujawsko-pomorskie		
Brodnica	Pakość	Aleksandrów Kujawski
Bydgoszcz	Tuchola	Bobrowo
Toruń		Nowa Wieś Wielka
Włocławek		
województwo lubelskie		
Biała Podlaska		Gościeradów
Chełm		Puławy
Krasnystaw		Trawniki
Lublin		Wąwolnica
Międzyrzec Podlaski		Włodawa
Puławy		Zakrzówek
Zamość		Zamość
województwo lubuskie		
Zielona Góra	Cybinka	Bogdaniec
	Lubsko	Świdnica
		Trzebień

GMINY MIEJSKIE	GMINY MIEJSKO-WIEJSKIE	GMINY WIEJSKIE
województwo łódzkie		
Bełchatów	Aleksandrów Łódzki	Domaniewice
Głowno	Wieruszów	Piątek
Konstantynów Łódzki		Zapolice
Łódź		
Piotrków Trybunalski		
Radomsko		
Sieradz		
Zduńska Wola		
województwo małopolskie		
Kraków	Dąbrowa Tarnowska	Biały Dunajec
Nowy Sącz	Libiąż	Chełmiec
	Wadowice	Kamionka Wielka
	Wieliczka	Oświęcim
		Poronin
województwo mazowieckie		
Legionowo	Grójec	Celestynów
Mińsk Mazowiecki	Serock	Izabelin
Mława		
Ostrów Mazowiecka		
Ozarów Mazowiecki		
Płock		
Radom		
Żyrardów		
Józefów		

GMINY MIEJSKIE	GMINY MIEJSKO-WIEJSKIE	GMINY WIEJSKIE
województwo opolskie		
Kędzierzyn Koźle	Głogówek	Izbicko
	Praszka	
	Strzelce Opolskie	
województwo podkarpackie		
Mielec		Dubiecko
Przemyśl		Roźwienica
Stalowa Wola		Zaleszany
województwo podlaskie		
Suwałki		Czeremcha
województwo pomorskie		
Gdańsk	Bytów	Chojnice
Malbork	Czersk	Pszczółki
Reda	Debrzno	
Słupsk	Gniew	
Sopot	Skarszewy	
Starogard Gdański		
Tczew		
województwo śląskie		
Bytom	Czerwionka Leszczyny	Jasienica
Chorzów		Kozy
Czeladź		Opatów
Częstochowa		Porąbka
Dąbrowa Górnicza		Wielowieś
Gliwice		
Jaworzno		

GMINY MIEJSKIE	GMINY MIEJSKO-WIEJSKIE	GMINY WIEJSKIE
województwo śląskie		
Katowice		
Mikołów		
Ruda Śląska		
Rybnik		
Sosnowiec		
Tarnowskie Góry		
Szczyrk		
Tychy		
województwo świętokrzyskie		
Busko Zdrój	Ożarów	Strawczyn
Starachowice	Połaniec	Zagnańsk
województwo warmińsko-mazurskie		
Mrągowo	Dobre Miasto	Kalinowo
	Korsze	Ostróda
	Pisz	Świątki
województwo wielkopolskie		
Kalisz	Gostyń	Przygodzice
	Okonek	
	Września	
województwo zachodniopomorskie		
Kołobrzeg	Łobez	Dobra Szczecińska
Koszalin	Polanów	Manowo
Stargard Szczeciński	Police	Ustronie Morskie
Szczecinek		
Świdwin		
Świnoujście		

SPIS TREŚCI

I. REKOMENDACJE MERYTORYCZNE	3
Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu	5
Zadania samorządu terytorialnego w zakresie wspierania leczenia odwykowego	9
Zadania związane ze wspieraniem modernizacji programu	11
Warunki lokalowe do prowadzenia terapii	13
Inne działania	14
Punkty konsultacyjne	15
Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie	17
Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	29
Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych	45
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych	60
Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 ¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego	62
Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie Centrów Integracji Społecznej	64
Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego	65
Kompetencje członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	69
Porozumienia gminne	70
Najczęściej zadawane pytania dotyczące korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych	74
II. REKOMENDACJE FINANSOWE	85
Zasady ogólne	87
Finansowanie zakładów leczenia odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego	89
Udzielanie dotacji organizacjom pozarządowym w trybie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późniejszymi zmianami)	96
Miasta i gminy uczestniczące w projekcie. Gminy Wiodące	100